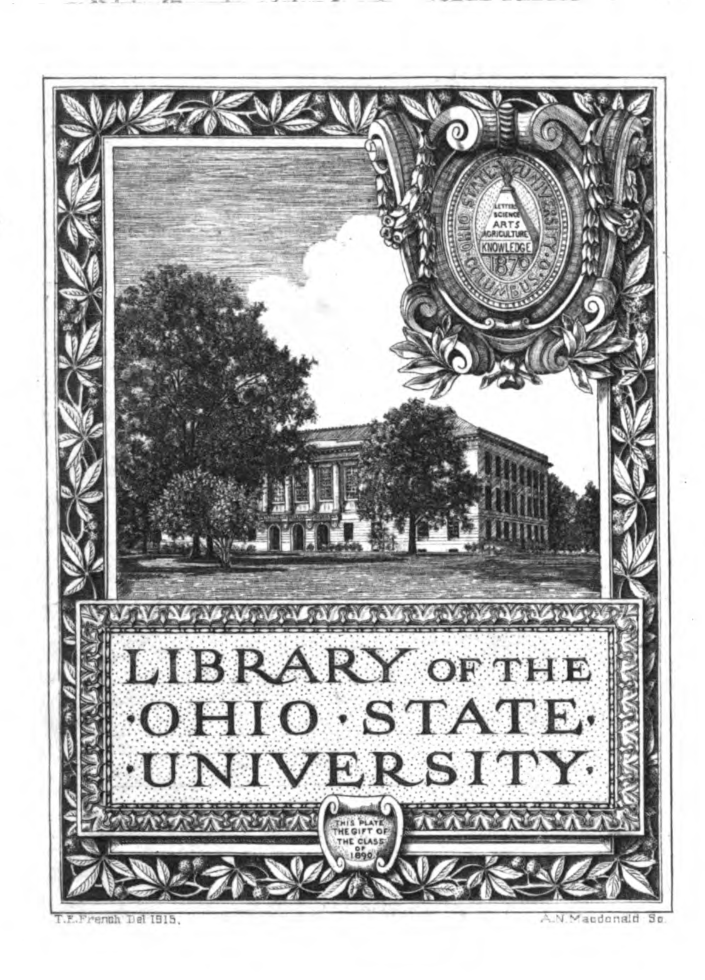
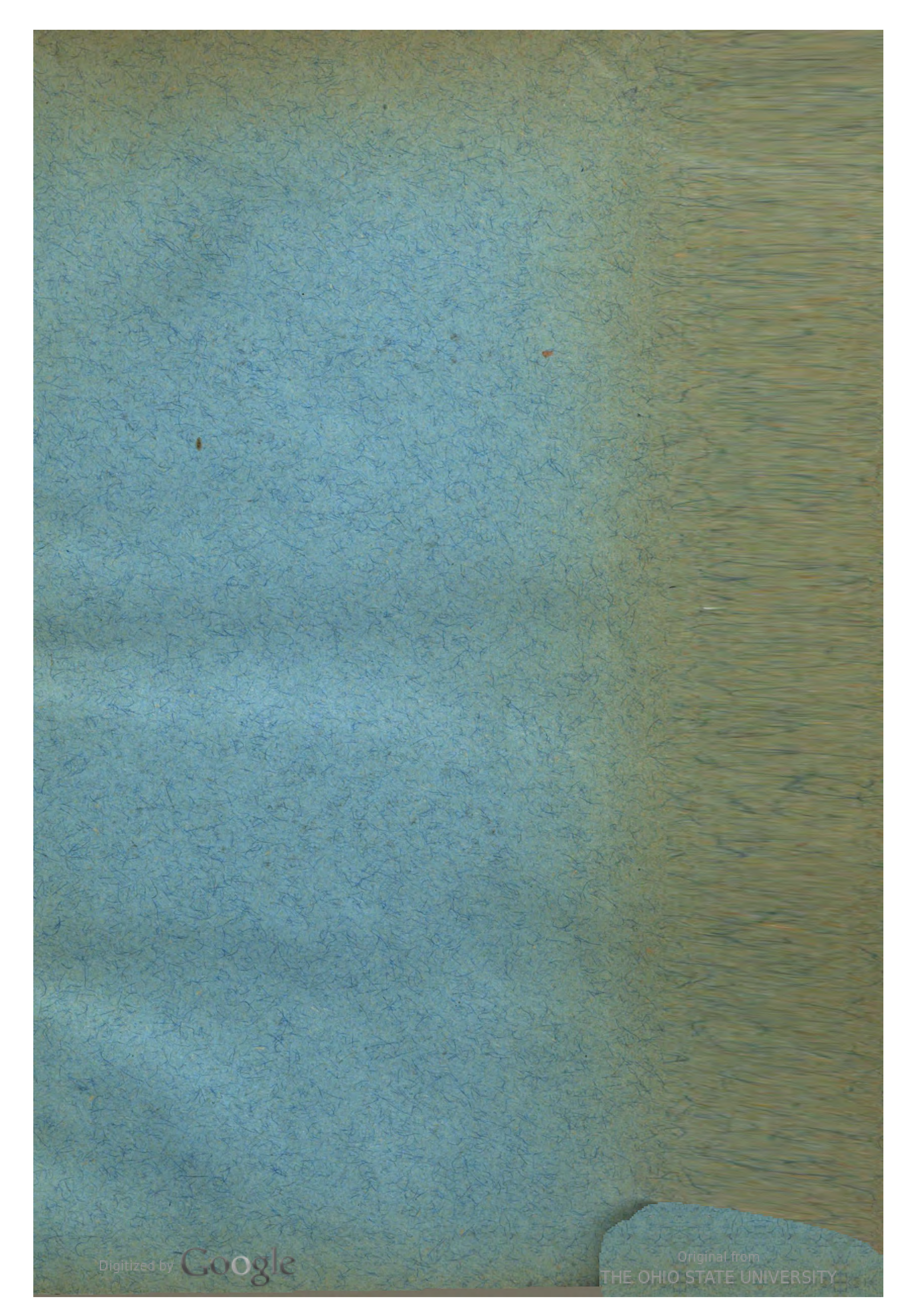
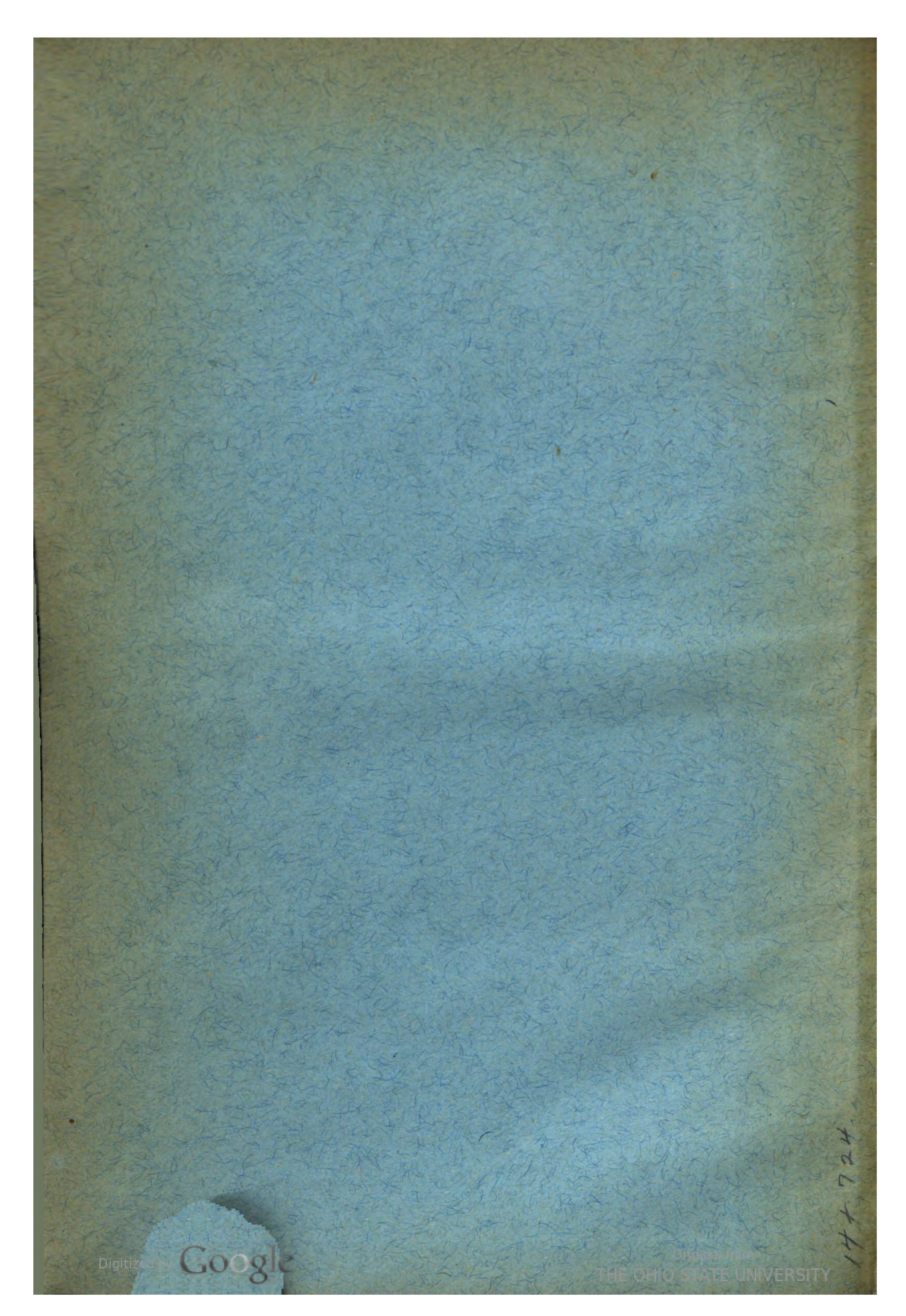



LIBRARY OF THE
·OHIO·STATE·
·UNIVERSITY·
THIS PLATE THE GIFT OF THE CLASS OF 1890
T.E.French Del 1915.
A.N.Macdonald Sc.





Neue Folge des Archivs für Dermatologie und Syphilis.

Vierteljahresschrift

Archiv für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. M'CALL ANDERSON, Dr. ARNING, Dr. BEHREND, Dr. BERGH, Dr. BIDENKAP, Prof. BIESIADECKI, Dr. BOECK, Prof. DUHRING, Dr. FINGER, Prof. GEBER, Dr. GSCHIRHAKL, Dr. v. HEBRA, Dr. HOCHSINGER, Dr. HOROVITZ, Dr. JARISCH, Prof. KAPOSI, Dr. KOHN, Prof. KÖBNER, Dr. KRÓWCZYŃSKI, Prof. LANDOIS, Prof. LANG, Prof. LASCHKIEWITSCH, Dr. LASSAR, Dr. LESSER, Prof. LEWIN, Prof. LIPP, Dr. LJUNGGREN, Dr. MANDELBAUM, Dr. MICHAELIS, Dr. MICHELSON, Prof. MOSLER, Dr. MRACEK, Prof. NEUMANN, Dr. POHL-PINCUS, J. K. PROKSCH, Prof. REDER, Dr. RIEHL, Prof. RINDFLEISCH, Dr. SCHIFF, Dr. SCHUSTER, Prof. SCHWIMMER, Prof. TARNOWSKY, Dr. UNNA, Dr. VAJDA, Dr. VEIEL, Dr. M. v. ZEISSL und anderen Fachmännern

herausgegeben von

Prof. Dr. H. Auspitz
Wien.

Prof. Dr. F. J. Pick
Prag.

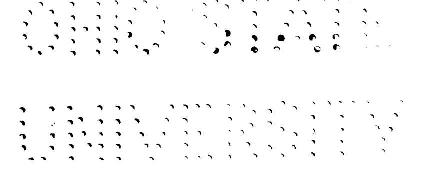
Prof. Dr. J. Caspary
Königsberg.

Prof. Dr. A. Neisser
Breslau.

Zwölfter 1885. Jahrgang.
(Der Reihenfolge XVII. Jahrgang.)

Mit 26 Tafeln und 1 Holzschnitt.

Wien, 1885.
Wilhelm Braumüller
k. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.



Inhalt des 1. Heftes.

Originalabhandlungen.

Seite



Das vorliegende I. Heft dieses Jahrganges enthält ausschliesslich Originalarbeiten, und es ist nicht möglich gewesen, den „Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis“ auch nur theilweise hier anzuschliessen. Die Redaction wird daher im II. Hefte, welches in kürzester Zeit erscheinen wird, trotz der dadurch sich ergebenden grossen Ueberschreitung des Umfanges der beiden ersten Hefte einen grösseren Theil des „Berichtes“ an die Original-Aufsätze anschliessen.

Die Redaction.



Inhalt des 2. Heftes.

Originalabhandlungen.

Seite

Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Hautkrankheiten.









Syphilis.

Gonorrhoische Processe.

Primäre venerische Geschwüre und Drüsenaffectionen.



Zur allgemeinen und speciellen Nosologie der Syphilis.

Ueber congenitale und Spätformen der Syphilis.





Inhalt des 3. und 4. Heftes.

Originalabhandlungen.

Seite

Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Hautkrankheiten.

Anatomie, allg. Pathologie und Therapie der Haut.

Einfache (oberflächliche u. tiefgreifende od. phlegmonöse A.) **Hautentzündungen.**







Register für den Jahrgang 1885:



Originalabhandlungen.



Aus der Universitätsklinik für Hautkrankheiten u. Syphilis des Prof. Neisser in Breslau.

Ueber das Xanthom, insbesondere dessen Histiologie und Histiogenese.

Von

Dr. Karl Touton,

Specialarzt für Hautkrankheiten in Wiesbaden, früher Assistenzarzt der Klinik.

(Hiezu die Tafeln I und II.)

Zu den folgenden Untersuchungen wurde ich veranlasst durch die verschiedenen Ansichten, welche noch immer über die Structur und das Wesen des Xanthoms herrschen. Ueberblicken wir die reichhaltige Literatur, welche diesem für den Allgemeinzustand des Betroffenen meist so gleichgiltigen Gebilde ihr Dasein verdankt, so scheint es, als ob von Zeit zu Zeit durch eingehendere histiologische Untersuchungen eines Forschers wenigstens eine gewisse abschliessende Ansicht Platz gegriffen hätte, so nach Waldeyer's und Virchow's Publicationen. Allein es dauerte nie lange und auch diese Resultate wurden angefochten; häufig behauptete man, dass dieselben einseitig seien, dass unter den Begriff Xanthom pathologische Veränderungen mannigfacher Art zu subsumiren seien. In ätiologischer Beziehung werden noch immer neue Hypothesen aufgestellt, die auf mehr oder weniger reeller Basis beruhen. In dieser Hinsicht schien zum Beispiel Balzer eine sehr wichtige Entdeckung gemacht zu haben in Gestalt runder und stäbchenförmiger Mikroorganismen, die sich jedoch, wie er in seiner letzten Arbeit schreibt, — als Zerfallsprodukte elastischer Fasern erwiesen. Beide Angaben sind vollständig originell, indem sie bis jetzt in keiner der vorhandenen Schriften vertreten sind.



Lassen wir das ätiologische Moment vollständig aus dem Auge, so können wir sagen, dass man im Allgemeinen mit Waldeyer und Virchow übereinstimmend das Xanthom für eine Wucherung oder Neubildung von Bindegewebszellen mit nachfolgender fettiger Rückbildung oder Einlagerung von Fett in dieselben hält.

Sehen wir zu in wie weit unsere Untersuchungen diese Ansicht bestätigen oder ihr widersprechen.

Das Material, welches mir zur Verfügung stand, entstammt acht Fällen, bei denen klinisch die Diagnose Xanthom gestellt war. Die vier ersten erhielt ich von Herrn Professor Neisser. Die Hautstücke wurden sofort nach der von Herrn Professor H. Cohn vorgenommenen Exstirpation in Müller'sche Flüssigkeit gelegt und nach einiger Zeit in Spiritus übertragen. Bei Fall V wurde das zuerst exstirpirte Xanthom auf dieselbe Weise behandelt, das später in meiner Gegenwart von Herrn Professor Cohn operirte (V b) wurde, nachdem vorher mit dem Gefriermikrotom einige Schnitte angefertigt waren, in 1%ige Ueberosmiumsäure gebracht. Fall VI ist ebenso behandelt wie die ersten vier Fälle. Fall VII stellte sich auf der Poliklinik zur Operation vor (Dr. Kopp). Sofort nach derselben wurde ein Theil frisch geschnitten, ein zweiter in 1%ige Ueberosmiumsäure, der Rest in absoluten Alkohol eingetragen. Der VIII., ein Fall von Xanthoma tuberosum multiplex, entstammt ebenfalls der Poliklinik. Wir exstirpirten fünf Geschwülstchen an den Genitalien und zwei an den Augenlidern, fertigten frische Schnitte an und übertrugen die übrigen Exemplare in Müller'sche Flüssigkeit, in absoluten Alkohol und in $^1/_2$%ige Ueberosmiumsäure. Ein Stück wurde in Aether gekocht und dann in Alkohol eingetragen.

Mit Ausnahme der frischgeschnittenen oder nach kurzem Aufenthalt in Osmiumsäure oder Müller'scher Flüssigkeit untersuchten Stücke wurden alle vorher in Celloidin eingebettet.

Die Färbungsmethoden, welche zur Anwendung kamen, waren sehr mannigfaltig. Die wesentlichsten waren folgende:

Alauncarmin, Boraxcarmin, Lithioncarmin, diese drei Farbstoffe combinirt mit Pikrinsäure; Gentianaviolett einfach und mit Eosin; Dahlia, Methylenblau, Indulin, Vesuvin und eine Combination der beiden letztern Farben (sowie des Boraxcarmin mit Indulin, VIII). Für die geeignetste Methode halte ich die combinirte Vesuvin-



Indulinfärbung, sowie die unten zu beschreibende Indulin-Boraxcarminfärbung. Das Vesuvin tingirt die Epithelkerne sowie diejenigen der Bindegewebszellen und Lymphkörper ziemlich intensiv braun, es verleiht dem granulirten Inhalte der Xanthomzellen einen gelblichen oder hellbräunlichen Ton. Das Indulin lässt die Bindegewebsbündel sowie die meisten Kerne der Xanthomzellen blau erscheinen; die Contouren derselben gewinnen durch eine Imprägnirung mit Indulin ebenfalls an Schärfe.

Fall I.

Xanthoma palpebrae inferioris (Frau R.; A. 12130) [1].

Gerade auf dem Thränensack etwa kleinbohnengross, nierenförmig, gelb, sehr erhaben über der Oberfläche. Seit fünf Jahren von Hirsekorngrösse an bemerkt, gleich citronengelb (Cohn).

Alauncarminfärbung.

Bei makroskopischer Betrachtung der Schnitte sieht man in die Cutis eingebettet eine elliptische Cyste von 3 Mm. Längs- und 2 Mm. Querdurchmesser. Bei mikroskopischer Betrachtung zeigt sich die Wand der Cyste zusammengesetzt aus folgenden Lagen (von aussen nach innen gehend): eine ziemlich dicke, sich von der übrigen Cutis meist deutlich absetzende Bindegewebskapsel aus geraden oder nur ganz wenig wellenförmig gebogenen, fest aneinander liegenden Fasern mit spärlich eingesprengten, stäbchenförmigen Kernen bestehend; hierauf folgt eine eben so dicke Epithellage, deren unterste Schichte mehr cylindrische, die mittlere mehr rundliche und die obere querliegende, spindelförmige Zellen enthält. Den Uebergang des Balges in den Inhalt desselben bilden theils noch zusammenhängende, theils abgeblätterte Hornschüppchen. Aus diesen letzteren und einem nach dem Aufenthalt in den Härtungsmitteln unqualificirbaren Detritus besteht der Inhalt. Der zwischen dem Cystenbalg und der Epidermis liegende Antheil der Cutis ist an einigen Stellen von ziemlich bedeutenden Rundzellen-Anhäufungen durchsetzt. Die Gefässe sind erweitert und stark gefüllt. Die Papillen sind entweder vollständig verschwunden oder doch wenigstens sehr stark abgeplattet. Seitlich und über der Cyste trifft man auf Quer- und Längsschnitte von Haarbälgen und Talgdrüsenausführungsgängen. Von den letzteren sind einige so

[1]) Diese Ueberschriften entstammen den von Herrn Prof. H. Cohn etiquettirten Gläschen.



gelagert, dass man den Eindruck erhält, als sei die Cyste aus einem zu ihnen gehörigen Drüsenläppchen hervorgegangen. Die untersten Lagen des Rete Malpighii sind an einigen Stellen vollgepfropft von braungelben Pigmentkörnern. In den an diese angrenzenden Lagen der Cutis findet man entweder zerstreut oder zu grösseren Haufen vereinigt langgestreckte, gelbbraune, unregelmässig contourirte Pigmentschollen.

Fall II.

Xanthoma palpebrae inferioris (P.; 57 Jahre. Exstirpation 14. Juli 1882).

Zu diesem Falle gehören fünf verschiedene Exemplare.

II a. Färbung mit Alauncarmin, Pikrolithioncarmin, Dahlia und Gentianaviolet.

Mit starker Vergrösserung findet man an einigen wenigen Stellen ziemlich tief in der Cutis meist in grösseren Haufen zusammenliegend verschieden grosse Gebilde von folgender Beschaffenheit: innerhalb einer bei Dahliafärbung scharf contourirten Membran befindet sich eine gleichmässig fein granulirte Masse, die nur einen ganz leichten bläulichen Ton angenommen hat. In diese eingebettet, liegen ein oder mehrere runde meist jedoch ovale Kerne, welche zwischen einem dunkelblau gefärbten, körnigen Inhalt und einer scharfen Membran einen schmalen, ungefärbten Ring zeigen. Die Kerne liegen unregelmässig in dem Zellprotoplasma umher. Bei Betrachtung mit Seibert's Wasserimmersion Nr. VII erscheint das granulirte Protoplasma dieser Gebilde — der Xanthelasmazellen von Carlo de Vincentiis — zusammengesetzt aus einem äusserst zarten Bälkchenwerk, welches polygonale meist fünfeckige Maschen umschliesst, die Ecken derselben sind von den feinen Körnchen gebildet. Die Form dieser Zellen ist meist eine runde, hie und da eine elliptische oder mehr in die Länge gezogene. Sie gruppiren sich hauptsächlich um die Längs- und Querschnitte von Blutgefässen. In der Adventitia derselben liegen oft eine ziemliche Zahl zwischen feinen, weit auseinander gedrängten Bindegewebsfasern.

Spärliches Pigment in den untersten Retezellenlagen. Das Rete sonst vollständig normal.

Kleine unregelmässige, oft sternförmige, gelbbraune Pigmentschollen zwischen den Bindegewebsbündeln der obersten Cutislagen. Etwas tiefer trifft man auf ganz vereinzelte Zellen, die eine grosse



Aehnlichkeit mit den Xanthelasmazellen zeigen, doch besitzen sie nicht die abgerundeten Contouren, sondern kurze, spitze Ausläufer, einen schwach gefärbten Kern und einen hellgelben, gröber granulirten Inhalt.

Die Cutis macht im Ganzen einen kernreichen Eindruck.

IIb. Färbung mit Alauncarmin, Pikrinsäure und Alauncarmin, Vesuvin, Gentianaviolet, Gentianaviolet und Eosin.

Die unter II a beschriebenen, grossen, granulirten Zellen finden sich auch hier in mässiger Anzahl in die Cutis eingesprengt. Sie liegen ebenfalls meist in grösseren Gruppen zusammen. Die Granulirung oder besser das feine, fädigkörnige Maschenwerk ihres Protoplasmas wird deutlich bei Vesuvinfärbung, wo es das gleiche, hellgelbe Timbre annimmt, wie die Bindegewebsbündel der Cutis. Die Kerne dieser Zellen sind bedeutend heller gefärbt als die der Epithel- und normalen Bindegewebszellen.

Die dem Rete zunächst liegenden Cutispartien scheinen immer frei von diesen Gebilden (bei schwacher Vergrösserung). Dagegen finden sich in ihnen stellenweise die oben beschriebenen Pigmentschollen. Bei Färbungen mit Gentianaviolet zeigen sich häufig langgestreckte Spindeln, deren polare Theile dicht angefüllt sind von groben, rostbraunen Pigmentkörnern, welche den centralgelegenen, grossen, ovalen, tiefblau gefärbten Kern eng umschliessen. Spärliches feiner körniges Pigment findet sich auch in den untersten Lagen des Rete vor.

In diesen Präparaten sind an einigen Stellen directe Uebergänge der Bindegewebskörperchen resp. der Endothelien der Lymphspalten in die granulirten Xanthelasmazellen wahrzunehmen. So trifft man z. B. auf spindelförmige Zellen von der dreifachen Grösse einer Endothelzelle und derselben Beschaffenheit des Kernes. Die Form unterscheidet sich nur insoferne als die Zellmembran sich dem Kern nicht so enge anschmiegt, sondern sich zur Aufnahme einer feingranulirten Masse von demselben abhebt. Etwa in derselben Höhe der Cutis finden sich die Uebergänge von sternförmigen Bindegewebskörperchen in gleichgeformte, nur grössere, granulirte Zellen. Etwas tiefer liegen in kleinen Häufchen ovale oder runde, granulirte Zellen von der drei- bis vierfachen Grösse einer Epithelzelle mit deutlichem Kern. Je mehr man sich dem Unterhautzellgewebe nähert, desto zahlreicher, grösser, plumper, mehrkerniger werden dieselben.

Man findet Haarbälge, deren bindegewebiger Antheil vollständig ersetzt ist durch dicht aneinanderliegende, granulirte Zellen verschiedenster Grösse, die in ihrer Gesammtheit gewissermassen einen Mantel darstellen, in welchen der epitheliale Theil mit dem Haar hineingesteckt ist.

In genau derselben Weise liegen häufig zwischen den auseinandergedrängten Bindegewebsbündeln der Gefässadventitia kleinere oder grössere sich in ihrer Form der Rundung der Gefässe adaptirende Zellen.

Die Cutis im Ganzen betrachtet macht einen äusserst kernreichen Eindruck.

Im Unterhautzellgewebe speciell im periglandulären Bindegewebe fand ich nie die pathologischen Zellen.

II c. Färbung mit Boraxcarmin und Pikrinsäure, Alauncarmin, Indulin und Vesuvin.

Dieses Xanthom repräsentirt uns einen weiten Fortschritt der Affection. Bei mittelstarker Vergrösserung und bei combinirter Indulin-Vesuvinfärbung sehen wir in unmittelbarem Anschluss an das gerade verlaufende Rete eine dünne Lage mit diesem parallel ziehender, lockerer Bindegewebsbündel. Von hier an abwärts präsentirt sich uns eine Neubildung von folgender Zusammensetzung: Eingebettet in die Maschen eines aus feinen und feinsten, durch Indulin beinahe schwarz gefärbten Bälkchen bestehenden Netzwerkes liegen die durch Vesuvin gelbbraun tingirten, scharf contourirten, granulirten Zellen. Die Kerne derselben, intensiv blau gefärbt, liegen theils einzeln, theils zu mehreren (bis 14) unregelmässig im Protoplasma zerstreut. Inmitten dieser, die Cutis diffus durchsetzenden Neubildung treten gewissermassen als Centren und stärkst afficirte Stellen die Blutgefässe hervor, deren Adventitia zu einem mächtigen Netzwerk mit concentrischen Maschen von der oben beschriebenen Beschaffenheit und dem gleichen Inhalte aufgetrieben ist. Diese grösseren Heerde um die Gefässe finden sich in den tiefer gelegenen Cutispartien, welche grössere Gefässe besitzen. Eine exquisitere Betheiligung der Haarbälge und Talgdrüsen ist nicht zu constatiren. Diese Gruppirung um einzelne Centren verleiht der Neubildung einen annähernd lappigen Bau.

In den obersten Cutislagen finden sich die bereits beschriebenen, kernlosen und kernhaltigen, hier dunkelbraunen Pigmentanhäufungen in sehr schönen Exemplaren. Hie und da umlagern sie genau wie die Xanthomzellen in den tieferen Schichten die Blutgefässe in con-



centrischen Ringen. Zerstreut liegen in derselben Höhe plumpe Pigmentschollen mit abgerundeten Contouren und vielen (bis 8 und mehr) intensiv gefärbten Kernen. Von diesen Gebilden zu den Xanthomzellen mit blass pigmentirtem, körnigem Inhalte finden sich in Grösse, Gestalt, Menge der Pigmentkörner die mannigfaltigsten Uebergänge, wenn man in der Richtung nach dem Unterhautzellgewebe hinabgeht. Uebrigens sehen wir bei Zuhilfenahme von Seibert VII auch in den alleroborsten Cutisschichten die ersten Anfänge der Neubildung in Form der unter II b beschriebenen Uebergangsstadien endothelialer Bindegewebszellen in die pathologischen Elemente der Neubildung.

Die unteren Retezellen zeigen wieder die blassgelbe, körnige Pigmentirung wie bei a und b.

II d. Färbung mit Boraxcarmin und Pikrinsäure, Hämatoxylin, Vesuvin, Vesuvin und Indulin.

Theilweise diffuse, meist um die Gefässe, häufig auch um Haarbälge gruppirte Infiltration der Cutis mit Xanthelasmazellen. Die Lumina der Gefässe sind häufig durch die grosse Masse des in der Adventitia gebildeten Neoplasmas bedeutend verengert. Zwischen den Xanthomzellen beinahe allenthalben die mit Indulin dunkelblau gefärbten Bindegewebsbalken. Fehlen diese letzteren, so platten sich die Zellen gegenseitig in geringem Grade ab, es scheint sogar in manchen Fällen zum Schwund der beiderseitigen Zellmembran und zur Vermischung des Protoplasmas zweier Zellen zu kommen. Es ist dies der Fall, wenn mehrere, einander gegenüberliegende Endothelzellen eines und desselben Lymphraumes gleichzeitig die beschriebene Umwandlung eingegangen haben. In den obersten Cutislagen finden sich in diesem Falle nur äusserst spärliche, langgestreckte Pigmentzellen und die ersten Anfänge der Umwandlung von Bindegewebskörperchen und Endothelien in granulirte Xanthomzellen (cf. II b).

Die Talgdrüsen vollständig normal, nicht vergrössert. Kernreiches Cutisgewebe.

In den untersten Lagen des Rete Malpighii trifft man von Strecke zu Strecke auf kleine Vacuolen von der Grösse einer oder zweier Epithelzellen; in ihrer Mitte oder an der Seite liegt der normale Kern, umgeben von einem schmalen Protoplasmasaum, von welchem in ziemlich gleichmässigen Intervallen meist vier bis fünf dünne Ausläufer nach der Wand der Vacuole ziehen (cf. den Abschnitt



Erysipelblasen in meiner Arbeit: Vergleichende Untersuchungen über die Entwicklung der Blasen in der Epidermis. Tübingen 1882, und Figur III und IV).

IIe. Färbung mit Boraxcarmin und Pikrinsäure, Indulin.

Die Infiltration der tieferen Theile der Cutis mit Xanthomzellen besonders um die Gefässe gruppirt; sehr geringe Zahl von Pigmentschollen und kernhaltigen Pigmentzellen in den obersten Cutislagen. Dort auch Uebergänge von Bindegewebskörperchen in granulirte, gleichgeformte, nur grössere Zellen. Die Umgebung der Haarbälge und Talgdrüsen normal. Mässiger Kernreichthum der Cutis.

Untere Reteschicht wenig pigmenthaltig, von Stelle zu Stelle die unter II d beschriebenen kleinen Vacuolen.

Fall III.

Xanthoma palpebrae inferioris (W.; 14. Mai 1876).

Quer- und Flächenschnitte.

Färbung mit Boraxcarmin und Pikrinsäure, Indulin und Vesuvin.

Sehr hochgradige Infiltration der Cutis mit Xanthomzellen. Bei schwacher Vergrösserung ergiebt sich eine evidente Bevorzugung der Umgebung der Gefässquerschnitte und besonders der Haarbälge, so zwar, dass die Geschwulst einen lappigen Bau erkennen lässt. Bei Vesuvin-Indulinfärbung gestaltet sich das Gesammtbild so, dass zwischen den aus dem beschriebenen Maschenwerk bestehenden, im Ganzen bräunlich erscheinenden Lappen, dicke, dunkelblau gefärbte Züge normaler Bindegewebsbündel verlaufen. Häufig sind die Haarbälge weithin umgeben von einem Maschenwerk aus sehr langgestreckten Maschen, welche aus feinen Bindegewebsbälkchen bestehen und eine Xanthomzelle enthalten.

Die obersten Cutisschichten zeigen wieder die mannigfaltigsten Uebergänge von normalen in pathologische Bindegewebszellen. Pigmentschollen in sehr geringer Anzahl, mit sehr hellem Pigment.

Bedeutender Kernreichthum der Neubildung. Unter den Kernen herrscht insofern eine Verschiedenheit, als ein Theil derselben blau ein anderer heller oder dunkler braun gefärbt ist, und zwar gestaltet sich das Verhältniss meist so, dass die blauen den grossen Xanthomzellen angehören (ausserdem ungefärbter Ring!), während die braunen



(vollständig gefärbten) als zu kleinsten pathologischen oder zu normalen Bindegewebskörperchen oder endlich als zu Lymphkörperchen gehörig erscheinen.

Die durch Flächenschnitte gewonnenen Bilder unterscheiden sich nicht wesentlich von den senkrecht auf die Oberfläche geführten.

Im Unterhautzellgewebe finden sich grosse, helle Kugeln, an deren einer Wand häufig ein vollständig plattgedrückter Kern wahrzunehmen ist. Der Inhalt der Zelle besteht meist aus einem strahlenförmig angeordneten Büschel stäbchenförmiger Gebilde (Fettnadeln). — Sehr geringe Pigmentirung der untersten Reteschichten.

Fall IV.

Xanthoma palpebrae inferioris.

(Frl. H. 12. October 1881. Trotz 57 Jahre noch vollständig schwarze Haare. Wunde mit Garnnaht genäht. 2. November. Anhaltende Eiterung der Xanthomwunde; Cohn).

Drei Exemplare.

IV a. Doppelfärbung mit Boraxcarmin und Pikrinsäure.

Diese Präparate enthalten eine Cyste, welche in ihrer Grösse und in ihrem Bau genau der unter I beschriebenen gleicht. Ziemlich reichliches Pigment in den oberen Cutislagen, nirgends Xanthomzellen. In einem Schnitt sieht man deutlich, dass die Cyste aus einem Theil einer Talgdrüse hervorgegangen ist. Sie legt sich von der einen Seite eines Haarbalges direct an den Ausführungsgang der zu diesem gehörigen Talgdrüse, von welcher auf der anderen Seite noch eine normale Hälfte erhalten ist, an.

IV b. Quer- und Flächenschnitte. Färbung mit Boraxcarmin und Pikrinsäure, Vesuvin, Indulin und Vesuvin, Indulin und Boraxcarmin.

Bei makroskopischer Betrachtung der Schnitte sieht man in der Cutis eine wohl differenzirte Partie von etwa 4 Mm. Längs- und $2^1/_2$ Mm. Querdurchmesser, welche sich beim Schneiden durch einen Spalt vom umgebenden Gewebe abgelöst hat. Bei mikroskopischer Betrachtung ergibt sich, dass dieser Theil der Präparate aus einem dichten Conglomerat von Xanthomzellen besteht, welche durch ein bald aus dünneren, bald aus dickeren Bindegewebsbündeln gebildetes Balkenwerk von einander getrennt werden.



Eine besondere Bevorzugung der Gefässe oder Haarbälge ist hier nicht zu bemerken, man erhält vielmehr den Eindruck einer diffusen, sehr kernreichen Neubildung, welche von einer geringen Zahl enger Gefässe durchzogen wird.

Hie und da Querschnitte von Nervenbündeln, in deren Umgebung ebenfalls Xanthomzellen, jedoch nicht auffallend reichlich.

Sehr zahlreiche Pigmentschollen und Pigmentzellen in den lockeren, normalen, oberen Cutislagen.

Mässiger Pigmentgehalt der unteren Retezellen.

Besonders deutlich tritt das Verhältniss der diffusen Neubildung auf Flächenschnitten bei Doppelfärbung mit Vesuvin und Indulin zu Tage. Hier wo selbst die feinsten Bindegewebsbündel mit Indulin gefärbt sind, trifft man häufig Stellen, welche uns von dem Fehlen dieser letzteren und dem unmittelbaren Aneinanderliegen einer grossen Zahl von Xanthomzellen, ja sogar von deren Confluenz überzeugen. Man sieht dann im letzteren Falle eine weit ausgedehnte, gelbbräunlich tingirte, fädigkörnige Masse mit sehr zahlreichen, blaugefärbten Kernen.

In diesem Falle bemerkt man wieder einen deutlichen Unterschied in der Färbung der in der Neubildung vorhandenen Kerne. Während alle den Xanthomzellen angehörigen blau erscheinen, sind die dazwischen liegenden der normalen Bindegewebs- oder Lymphkörperchen heller oder dunkler braun gefärbt. Auch lassen diese beiden letzteren immer den ungefärbten Ring zwischen Kernmembran und granulirtem Inhalt vermissen.

Der Kerngehalt der Neubildung im Ganzen betrachtet ist ein enormer.

IV c. Flächenschnitte. Färbung mit Boraxcarmin, Alauncarmin, Indulin, Vesuvin, Indulin und Vesuvin, Methylenblau.

Sehr weiter Fortschritt des pathologischen Processes, evidente Gruppirung der Neubildung um die Querschnitte der Blutgefässe und Haarbälge. Zwischen den hiedurch gebildeten Lappen Züge dickerer Bindegewebsbündel. Deutliche Differenzirung blauer und brauner Kerne (bei combinirter Indulin-Vesuvinfärbung). Die oberen Cutislagen von einer mässigen Anzahl Pigmentzellen und -schollen durchsetzt. An derselben Stelle zahlreiche Uebergänge normaler Bindegewebs- und Endothelzellen in kleine Xanthelasmazellen. Die mannigfaltigsten Zwischenstufen zwischen Zellen, die lediglich Pigmentkörnchen ent-



halten, zu solchen mit Pigmentkörnchen und ungefärbten Granulis und ferner wieder Uebergänge von diesen zu reinen, nur farblose Körner einschliessenden Xanthomzellen.

Die mit Methylenblau gefärbten, theils in Wasser, theils in Alkohol, theils in essigsaurem Alkohol ausgewaschenen Schnitte zeigen nirgends ein Gebilde, das nur im entferntesten den Verdacht eines Mikroorganismus erregte. Die Granula der Xanthomzellen bleiben vollständig ungefärbt.

Fall V.

Xanthoma planum palpebrae superioris.

T.; 21024. 27. Februar 1884, 50 Jahre alt. Nie Icterus. Vor 4 Jahren ein Xanthom am oberen Lide von Herrn Prof. Cohn exstirpirt. Heute eine ganze Garnitur von Xanthomen von Linsen- bis Erbsengrösse an beiden oberen Lidern in der Gegend des inneren Winkels circa 6 Mm. von der halbmondförmigen Falte entfernt, ausschliesslich in der Haut sitzend, citronengelb, wenig prominirend. Ein vereinzeltes eben solches Fleckchen, links und rechts von der äusseren Commissur wurde entfernt. Am linken Auge sind auf der Haut des Thränensackes selbst einige grössere und kleinere Knötchen.

Zwei Exemplare.

Va. Färbung mit Alaun-, Borax-, Lithioncarmin, Boraxcarmin und Pikrinsäure, Indulin, Indulin und Vesuvin, Vesuvin.

Reichliche, mehr diffuse Infiltration der Cutis mit Xanthelasmazellen. Grosser Kernreichthum. Keine besondere Bevorzugung der Gefässe und Haarbälge. Aeusserst geringe Zahl von Gefässen in der Neubildung, dieselben meist stark comprimirt. Oberste Cutisschichten relativ frei oder von einer mässigen Zahl Pigmentzellen und ganz kleinen Xanthelasmazellen durchsetzt. Die Grenze der Neubildung gegen diese obere noch ziemlich normale Cutislage ist wie in den meisten Fällen eine ziemlich scharfe, so zwar, dass plötzlich die dicht zusammengelagerten, nur durch dünne Bindegewebsbündel getrennten Xanthomzellen auftreten.

Bei der einfachen Vesuvin- sowie bei der combinirten Vesuvin- und Indulinfärbung treten wieder deutliche Unterschiede in der Tinction der Kerne zu Tage. Bei der ersteren sind die Xanthomzellenkerne meist heller braun als die der noch restirenden, normalen Bindegewebskörperchen. Bei der letzteren dasselbe Verhältniss wie bei IVb u. c.



Bei Ueberfärbung mit Vesuvin treten die Granula der Xanthelasmazellen am deutlichsten zu Tage.

V b. Präparat theilweise 24 Stunden in Müller'scher Flüssigkeit, dann mit dem Gefriermikrotom geschnitten und ungefärbt in Glycerin untersucht. Ein anderer Theil in $^1/_2$%iger Osmiumsäure. Nach 2 Tagen Untersuchung in Glycerin.

Die ersteren Schnitte zeigten bei schwacher Vergrösserung alle interfibrillären Lymphspalten erfüllt mit dunkel aussehenden, unregelmässigen, scholligen Massen, welche sich bei starker Vergrösserung als aus dichtgedrängten, kleineren und grösseren Fetttröpfchen durchaus gleichenden Gebilden bestehend erweisen. Ein Contour, der diese Haufen umgäbe, ist nicht zu bemerken, sondern es verbreiten sich diese Tröpfchen allmählich weiter von einander abrückend über die umliegenden Bindegewebsbündel. Die Kerne sind vollständig durch diese Einlagerungen verdeckt.

Indem ich dieselben Präparate heute nach etwa 5 Monaten wieder untersuche, kann ich eine wesentliche Veränderung derselben constatiren. An Stelle der damals aus grösseren und kleineren glänzenden Kügelchen zusammengesetzten, nicht scharf abgegrenzten Massen finden sich heute mit einem deutlichen Contour versehene Gebilde, welche neben einem aus groben, stark lichtbrechenden Körnern bestehenden Inhalt in den meisten Fällen einen deutlichen normalen Kern aufweisen. Dieser lässt zwischen einer scharfen Membran und einem feinkörnigen Inhalt einen leeren Ring erkennen. Eine besondere Bevorzugung der Umgebung der Gefässe sowie der Haarbälge ist unverkennbar.

Neben den groben, stark lichtbrechenden Körnern enthalten die oben beschriebenen durch ihre deutliche Membran und den Kern als Zellen imponirenden Gebilde grazile Stäbchen, welche einzeln, meist jedoch in Büscheln zusammenliegen. Ihre beiden Contouren sind entweder parallel oder beschreiben sehr in die Länge gezogene, an den stumpfwinkligen Ecken abgerundete Rauten. Diese Gebilde verbreiten sich in weniger dichter Anordnung auch über die zwischenliegenden Bindegewebsbündel.

In den oberen, bei schwacher Vergrösserung normal erscheinenden Cutisschichten finden sich bei stärkerer deutliche Uebergänge normaler



Bindegewebskörperchen in kleine, stark lichtbrechende Körner oder Nadeln enthaltende Zellen. Geringe Anzahl von Pigmentzellen.

Ziemlich starke Pigmentirung der untersten Retezellen.

Bei den mit Osmiumsäure behandelten Schnitten finden wir die glänzenden Kugeln, die wir bei der Betrachtung frischer Präparate theils in dichten Haufen zusammenliegend, theils vereinzelt über die Cutis verbreitet sahen, dunkelbraun gefärbt. Kerne lassen sich dabei nicht erkennen.

Fall VI.

Xanthoma planum palpebrae inferioris.

A. H.; B. 20634. 60 Jahre alt. Am linken äusseren Augenwinkel gerade auf dem Knochen sitzt ein erbsengrosses, ziemlich prominentes Geschwülstchen, leicht verschiebbar, mit runden Umgrenzungen, etwas dunkelorangegelb. Ein ähnliches, aber kleineres im medialen Theil des unteren Lides, nahe dem Thränensack. Dieses letztere zuerst exstirpirt.

Färbung mit Vesuvin, Boraxcarmin, Boraxcarmin und Pikrinsäure, Indulin, Gentianaviolet.

Ziemlicher Zellenreichthum der Neubildung, diffuse Verbreitung desselben, reichliche Pigmentschollen und Pigmentzellen in den oberen manchmal auch in tieferen Cutislagen und um die Haarbälge. Aeusserst schwache Färbung der Xanthomzellenkerne mit Gentianaviolet, sehr intensive der normalen Bindegewebs- und Epithelzellenkerne.

Fall VII.

Xanthoma planum palpebrae superioris.

(M. P.; 23. April 1884). Dr. Kopp.

1. **Mit dem Gefriermikrotom, sofort nach der Exstirpation geschnitten, in Glycerin untersucht.**

Bei schwacher Vergrösserung findet sich die ganze Cutis durchsetzt von unregelmässigen, grauschwarzen Heerden, welche keine bestimmte Anordnung erkennen lassen. Bei stärkerer Vergrösserung ergibt sich, dass dieselben aus verschieden grossen Fetttropfen zusammengesetzt sind. Die Heerde sind nicht von einer Membran umgeben. An einigen Stellen sind sie nicht circumscript, sondern es verbreiten sich die Fetttropfen von ihnen aus allmählich weiter von einander rückend, auf das umliegende Cutisgewebe. Das Rete Malpighii ist



vollständig pigmentfrei, kleinste Fetttröpfchen reichen bis an die Grenze desselben. Es befinden sich sogar einige solche Tropfen in der Cylinderzellenschicht des Rete; die einzelnen Tropfen sind vollständig farblos oder wenn sie grösser sind, hellgelb. Ausserdem an einigen Partien schärfer umschriebene, rostgelbe Pigmenthaufen aus ziemlich gleichgrossen Körnern bestehend.

Nach 3 Monaten hat sich das Bild insofern verändert, als neben den beschriebenen Fetttropfen eine grosse Zahl einzelner oder in Büscheln zusammenliegender, langer, stark lichtbrechender Nadeln aufgetreten sind. Ein scharfes Hervortreten grösserer, granulirter, kernhaltiger Gebilde mit scharfer Membran ist noch nicht bemerkbar.

2. Die frischen Schnitte werden 5 Minuten in absolutem Alkohol und 5 Minuten in Schwefeläther auf dem Wasserbade gekocht.

Während die zuletzt beschriebenen Pigmentanhäufungen vollständig intact geblieben sind, ist von den fetttropfenähnlichen Gebilden nichts Deutliches mehr zu erkennen. An den Stellen, wo dieselben in dunklen, dichten Haufen zusammen lagen, finden wir jetzt entsprechende Hohlräume und zwischen diesen Hohlräumen ein Netzwerk von geschrumpften Bindegewebsbalken.

3. Frische Schnitte mit Boraxcarmin und Alauncarmin gefärbt lassen ein constantes Verhältniss der Bindegewebskerne zu den Fettkörnchenhaufen nicht erkennen (siehe spätere Alkoholschnitte). Diese selbst nehmen keine Spur von Färbung an.

Nach drei Monaten finden sich die unter 1. erwähnten, langen Nadeln in grosser Anzahl.

4. Osmiumsäure-Färbung.

Die fettähnlichen Gebilde färben sich theils (6, 12 und 48 Stunden) intensiv schwarz, theils nehmen sie nur einen bräunlichen Ton an.

Eine Färbung der Osmiumschnitte mit Alauncarmin ergibt nichts Neues, besonders gibt sie auch keinen Aufschluss über das Verhältniss der Kerne zu den Fetthaufen.

5. Alkohol-Präparate.

Färbung mit Alauncarmin, Boraxcarmin und Pikrinsäure, Gentianaviolet, Vesuvin und Indulin.

Bedeutender Kernreichthum der Neubildung, auffallende Bevorzugung der Umgebung der Gefässe und Haarbälge in Bezug auf die Menge der Xanthomzellen, im Uebrigen mässige Ausdehnung des

Processes. Die Granulirung der Xanthelasmazellen ist bei diesen direct in Alkohol übertragenen Präparaten äusserst blass und fein, so dass sie nur mit grosser Mühe bei starker Vergrösserung zu erkennen ist. Starke Pigmentzellenanhäufung in den oberen und mittleren Cutisschichten besonders in der Gefässadventitia.

Fall VIII.

Xanthoma tuberosum multiplex.

S. W.; 47 Jahre, Schmelzersfrau. 15. Juli 1884, Poliklinik.

Anamnese.

Der Vater der Patientin starb an einer rasch verlaufenden Krankheit in hohem Alter; die Mutter an Altersschwäche. So viel Pat. bekannt, sind ihre Geschwister alle gesund. Ein Kind starb an Masern und Keuchhusten, eine 21jähr. Tochter lebt und ist gesund. Eine ähnliche Affection, wie die der Pat. soll in ihrer Verwandtschaft nicht vorgekommen sein. Bis vor 6 Jahren will Pat. abgesehen von bald vorübergehenden, unbedeutenden Erkrankungen stets gesund gewesen sein; insbesondere stellt sie Icterus sowie jedwede Verdauungsstörung in Abrede, auch hat sie nie an excessivem Durst- oder Hungergefühl sowie vermehrter Harnausscheidung gelitten. Vor 6 Jahren bekam sie eine Affection des rechten Kniegelenks, welche sie etwa ein Vierteljahr ans Bett fesselte; dieselbe äusserte sich in grosser Schmerzhaftigkeit und hochgradiger Schwellung. Die Geschwulst fühlte sich nicht hart, jedoch prallgespannt an. Fieber war nicht vorhanden. Innerlich Natr. salicyl.; zuerst keine locale Behandlung, später wurden ihr 17 Moxen gesetzt. Bei Witterungswechsel hat sie noch manchmal Schmerzen, sonst nur bei Beugung des Knies. Im Uebrigen fühlt sich Pat. ganz wohl.

Die jetzige Hautaffection begann Anfang Mai dieses Jahres, an den Genitalien und um den Mund in Form von stecknadelkopf- bis linsengrossen, hocherhabenen Knötchen, die bald eine gelbliche Farbe annahmen. Zu gleicher Zeit trat auf der Schleimhaut der Wange und auf der Zunge die Affection auf, später im Nacken und an den Augenlidern, zuletzt an der rechten Hand zwischen dem 4. und 5. Fingerrücken. Diese Efflorescenzen verursachen



durchaus keine Beschwerden, insbesondere kein Jucken oder sonstige Sensationen. — Menses bis Anfang Juni dieses Jahres immer regelmässig, 4—5 Tage, ziemlich reichlich, ohne Schmerzen.

Status praesens.

Patientin ist kräftig gebaut, gut genährt, von lichtgelblicher Hautfärbung. Die Haare sind in ihrer Farbe verschieden, ein Theil ist dunkelbraun, während die vorderen mehr eine hellgelbe Farbe zeigen. Die Iris ist braun.

Die Affection, wegen welcher die Pat. zu uns kommt, betrifft der Reichlichkeit der Efflorescenzen nach geordnet folgende Partien: Grosse Labien und ihre Umgebung, kleine Labien, die Umgebung des Anus, das Kinn und die Oberlippe, die Schleimhaut der Mundhöhle und Zunge, Nacken und Hals, beide Augenlider, rechte Hand und rechter Fuss, Nasenschleimhaut. Dieselbe besteht aus stecknadelkopf-, hanfkorn- bis erbsengrossen Knötchen, von denen die kleineren eine blassgelbe Färbung zeigen, die grösseren in der Mitte citronengelb, gegen die Peripherie zu röthlich sind. Die letztere Farbe kommt, wie sich bei genauerem Zusehen ergibt, zu Stande durch ein äusserst feines und dichtes Gefässnetz. Die grösseren Knötchen prominiren etwa 2 Mm. über das Niveau der gesunden Haut; ihre Oberfläche ist durchaus glatt, keine Spur einer Delle. Sie stehen entweder vereinzelt oder in kleineren Reihen und Gruppen zusammen, ihre Consistenz ist derb. An den Augenlidern finden sich rechts oben und unten dicht neben der Ausmündung der Thränenkanälchen zwei stecknadelkopfgrosse Knötchen, links ein grösseres und weiter nach innen gelegenes am unteren Augenlide. Ueber dem linken Naseneingange auf der Schleimhaut ebenfalls ein kleines, gelbes, mehr flaches Knötchen. Auf der Schleimhaut des Mundes, insbesondere der Wangen, sind die zahlreichen Efflorescenzen weniger prominirend, oft mehr flecken- oder quaddelartig; ihre Farbe intensiver gelb als an der äusseren Haut. Nirgends lässt sich durch Druck ein Pfropf entleeren. — Die Kopfhaut zeigt stellenweise eine fleckige, gelbe Färbung, ohne Prominenz. Sonst finden sich an der Haut ganz kleine Teleangiectasien und pigmentirte Naevi, z. B. auf dem rechten oberen Augenlide zwei kleine. Auf der Beugeseite des linken Vorderarmes, dicht über dem Handgelenk, zwei stecknadel-



kopfgrosse, blassrothe, getrennt stehende Papelchen von vorläufig zweifelhafter Bedeutung.

Am 15. Juli 11 Uhr Vormittags trug ich fünf von den Geschwülstchen an den Genitalien ab; eines wurde in eine $^1/_2$ $^0/_0$ige Osmiumsäure, ein zweites in Müller'sche Flüssigkeit, das dritte in absoluten Alkohol eingelegt; die beiden letzten wurden frisch untersucht.

Am 17. Juli trug College Kopp zwei Geschwülstchen an den Augenlidern ab, von denen eines in Müller'sche Flüssigkeit, das andere in absoluten Alkohol gelegt wurde.

1. Beschreibung der frischen, auf dem Gefriermikrotom geschnittenen und in Kochsalzlösung untersuchten Geschwülstchen.

Schon makroskopisch sieht man in der Cutis eine 3 Mm. lange und 2 Mm. breite elliptische Einlagerung von opakweisser Farbe, während das übrige Gewebe in durchfallendem Lichte vollständig durchsichtig ist.

Bei mittelstarker Vergrösserung ergibt sich, dass diese Einlagerung aus unregelmässigen Haufen von ungleich grossen Fetttropfen besteht. Die Form dieser Haufen richtet sich im Ganzen nach dem Verlauf der Bindegewebsfasern, in deren Lücken sie eingebettet erscheinen. Sie sind nie vollständig circumscript, sondern lösen sich allmählich in immer entfernter stehende Tropfen auf, die sich auch über das Bindegewebe hinweg verbreiten. Eine besondere Beziehung zu Gefässquerschnitten und Haarbälgen ist nicht wahrzunehmen. Diese Einlagerung scheint bei schwacher Vergrösserung betrachtet nicht bis an das Rete Malpighii heranzureichen. Bei Immersionsvergrösserung (Seibert Nr. VII) erkennt man auch zwischen den obersten, dichteren, dem Rete zunächst gelegenen Bindegewebsbündeln spärliche Gruppen dieser kugeligen Gebilde. Zellen, welche den in Alkoholpräparaten vorkommenden, granulirten Xanthomzellen gleichen, finden sich nicht, auch keine stäbchenförmigen Körperchen, wie sie Balzer sah und als Bacterien ansprach.

2. Bei etwa halbstündiger Einwirkung von $^1/_2$ $^0/_0$iger Osmiumsäure färben sich diese Haufen und die einzelnen vorher ungefärbten oder ganz blassgelben Tropfen braun.

3. Frische Schnitte gefärbt mit Boraxcarmin, ausgezogen in salzsaurem Alkohol und in Glycerin untersucht



zeigen inmitten dieser Haufen und zwischen ihnen intensiv gefärbte, ovale Kerne.

In der Adventitia einiger Gefässe liegen spindelförmige Zellen mit granulirtem Protoplasma. In den obersten bei schwacher Vergrösserung normal aussehenden Cutislagen findet man neben normalen spindel- und sternförmige Bindegewebskörperchen, solche mit einer geringeren oder grösseren Anzahl von kleineren Tröpfchen oder gröberen Körnern. An derselben Stelle liegen auch wenig rostbraune Pigmentkörnchenschollen.

4. Ein zweiter Tumor wird nach einwöchentlicher Einwirkung von Müller'scher Flüssigkeit auf dem Gefriermikrotom geschnitten. Bei Untersuchung in Liq. Kali acet. und mit schwächerer Vergrösserung zeigen sich wieder die obersten Cutislagen frei von der pathologischen Einlagerung. In den darauf folgenden Schichten, die sich scharf von den ebengenannten abgrenzen, treten dann die bereits beschriebenen dunkeln Haufen auf, welche sich bei stärkerer Vergrösserung als aus kleinen, stark lichtbrechenden Kügelchen oder aus groben Körnern zusammengesetzt erweisen. Gegen das Centrum der Neubildung zu sind diese dunkelbraunen, aus den eben beschriebenen Gebilden bestehenden Einlagerungen ringförmig um ein helles, meist ovales Centrum angeordnet. Zwischen diesen beiden Partien befindet sich meistens ein dichter Kranz von wohlausgebildeten, ovalen Kernen.

5. Andere Schnitte werden nach einem etwa viertelstündigen Aufenthalt in Aether in Essigsäure untersucht. Dabei hellen sich die beschriebenen compacten Haufen und Ringe stark auf. Starke Vergrösserung ergibt, dass die Fettkügelchen und die gröberen Körner vollständig geschwunden sind. An ihrer Stelle liegen feine, ziemlich gleichmässige, blasse Körner, welche eine helle, durchsichtige Substanz zwischen sich haben. Diese Bilder haben eine grosse Aehnlichkeit mit Zoogloeahaufen. Die Bindegewebsbündel sind stark gequollen.

6. Sehr instructive Bilder geben Schnitte, welche etwa 3 Stunden in 10%iger Kalilauge gelegen haben. Epithel- und Cutisgewebe sind so durchsichtig geworden, dass von ihrer Structur nahezu nichts mehr zu erkennen ist. In den untersten Retelagen spärliche Pigmentanhäufungen; im Anschluss daran einige vollständig durchsichtige, nur bei starker Vergrösserung gequollene Fasern aufweisende Cutislagen und ganz feine, schmale Züge kleiner Fetttröpfchen.



Hierauf folgt die scharf abgegrenzte Neubildung, von welcher weiter nichts übrig geblieben ist als die dunkeln Tröpfchen- und Körnerhaufen, welche wie vollständig isolirt daliegen. In den periphersten Schichten zeigen sie meist compacte Haufen, in den centralen, wenn auch nicht ausschliesslich, so doch vorwiegend die oben beschriebene Ringform. Dazwischen findet man die mannigfachst geformten und gruppirten (oft deutlich um runde Querschnitte) Züge von grösseren und kleineren Fettkörnchen, die auch vollständig vereinzelt oder in wenigen Exemplaren umherliegen. Von einem Kern ist in dem ganzen Präparat keine Spur zu erkennen. Am dichtesten ist die ganze Fetteinlagerung an der Peripherie [1]).

7. Färbung der übrigen Schnitte mit Boraxcarmin, diesem und Pikrinsäure, diesem und Indulin, Vesuvin, Vesuvin und Indulin (Behandlung mit Alkohol, Nelkenöl, Conservirung in Canadabalsam).

Von den bis jetzt beschriebenen Fettkügelchen und Körnern ist nichts zu bemerken. Es repräsentirt sich uns eine äusserst zellenreiche Neubildung mit wenig faserigem Zwischengewebe. Diese Zellen resp. deren Kerne zeigen eine mannigfaltige Form. Ueber die ganze Neubildung verbreitet sind ovale oder mehr in die Länge gezogene Kerne, welche mehr rundlichen oder spindelförmigen Zellen angehören. Am auffallendsten ist eine grosse Masse am reichlichsten im Centrum vorhandener Riesenzellen von oft ganz enormer Grösse. Dieselben erweisen sich bei starker Vergrösserung folgendermassen zusammengesetzt: auf den scharfen, meist regelmässigen, rundlichen oder ovalen Contour folgt ein Ring aus äusserst feinen Körnchen und Fädchen bestehend. Die Körner treten durch Pikrinsäure oder Indulin am deutlichsten hervor. Auf diesen Ring folgt ein vollständig regelmässiger Kranz von länglichen, mit der Längsaxe radienartig gestellten, dicht zusammenliegenden Kernen, die sich intensiv färben. Dieser Kranz umschliesst ein homogenes, mit Pikrinsäure oder Indulin ziemlich stark gefärbtes Centrum. In der Peripherie der Neubildung sind diese Gebilde untermischt mit einer reichlichen Zahl der im Vorstehenden so häufig beschriebenen Xanthomzellen von der verschiedensten Grösse und den verschiedensten Uebergängen in normale Endothelzellen.

---

[1]) cf. Manz, Xanthelasma palpebrae. Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde IX. 1871, p. 255.



Eine Vergleichung dieser Präparate mit den kurz vorher beschriebenen nicht mit Alkohol behandelten zeigt uns auf den ersten Blick, dass alle hier fein fädig-körnigen Partien den dort aus dicht zusammengelagerten Fetttropfen und -körnern bestehenden entsprechen.

8. Denselben Schluss ziehen wir aus der Vergleichung von Osmiumsäureschnitten mit solchen, welche in Aether gekocht, mit den genannten Farben gefärbt und in Canadabalsam conservirt sind. Diese letzteren Präparate (senkrechte Schnitte) entstammen demselben Tumor wie die ganz im Anfang beschriebenen, frisch betrachteten. Die Osmiumschnitte zeigen die den Xanthom- und Riesenzellen entsprechende Anordnung der schwarz oder dunkelbraun gefärbten Fettbestandtheile. In den mit Aether behandelten, mit Vesuvin, diesem und Indulin, Boraxcarmin und Indulin gefärbten Präparaten findet man eine rundliche, erbsengrosse an der Peripherie besonders kernreiche Neubildung, welche nur in ihren unteren Partien zwischen sich und dem Rete Malpighii normale Cutislagen übrig lässt. Nach oben stösst sie direct an das auf wenige Lagen reducirte, vollständig gerade verlaufende Rete Malpighii. Die Körner der Xanthomzellen sind hier von einer ausserordentlichen Feinheit. Während die Peripherie durch die zahlreichen Kerne sehr dunkel erscheint, ist das riesenzellenhaltige Centrum lichter und lässt uns mehr Bindegewebszüge erkennen.

Die Geschwulst ist gefässarm, während sich in den angrenzenden, sonst normalen Cutislagen stark erweiterte Blut- und Lymphgefässe vorfinden.

9. Die Untersuchung von sofort in Alkohol eingelegten und mit den genannten Farben, sowie noch mit Gentianaviolet und Eosin gefärbten Präparaten ergibt im Wesentlichen nichts Neues. Das homogene Centrum der Riesenzellen färbt sich mit Eosin ziemlich stark roth, während der ausserhalb der Kernreihe liegende fein fädigkörnige Ring entweder gar nicht oder nur sehr schwach tingirt wird.

Ich möchte hier noch auf die prachtvolle Bilder gebende combinirte Färbung mit Boraxcarmin und Indulin besonders hinweisen. Die Hornschicht, das Protoplasma der Retezellen, die Bindegewebsbündel bis zu den feinsten herab, sowie die centralen Partien der Riesenzellen sind stark tiefblau gefärbt. Alle Kerne zeigen die bekannte brillante Rothfärbung. Ich kenne keine Methode, welche das gegenseitige Verhältniss von Bindegewebsfasern zu Bindegewebs- oder Endothelzellen schärfer hervortreten lässt.



Am nächsten steht dieser Färbung noch die Doppelfärbung mit Indulin und Vesuvin, nur ist der Contrast dieser beiden Farben nicht so stark.

Die beiden einige Tage später exstirpirten und in Alkohol absolutus und Liquor Mülleri eingelegten Tumoren der Augenlider ergaben dieselben Resultate.

Zusammenfassung.

Ueberblicken wir noch einmal kurz unser Material, so finden wir, dass die makroskopisch gestellte Diagnose „Xanthom“ sich nur in einem Theile der Fälle vollständig bewahrheitete. Ich untersuchte 8 Fälle mit 21 Geschwülstchen. Von diesen letzteren erwiesen sich zwei verschiedenen Fällen angehörige als Retentionscysten (I und IV a), die sieben vom Fall VIII als Mischgeschwülste von weiter unten zu besprechendem Charakter und zwölf als reine Xanthelasmata (plana palpebrarum). Diese gehören 6 Fällen an, II, III, IV, V, VI und VII.

Fassen wir zunächst die Resultate unserer histiologischen Untersuchungen bei diesen letzteren zusammen, so finden wir durchweg als charakteristischen Bestandtheil die Xanthomzelle.

Als eigentliche Zelle erwies sich dieses Gebilde erst nach Behandlung der Präparate mit fettlösenden Reagentien. In frischem Zustande, nach kurzem Aufenthalte in Müller'scher Flüssigkeit und nach Behandlung mit Ueberosmiumsäure präsentirt sich dieselbe als eine bei schwacher Vergrösserung grauschwarze Scholle, welche sich bei starker Vergrösserung als ein Conglomerat äusserst dicht gedrängter, verschieden grosser (mit Osmiumsäure dunkelbraun oder schwarz gefärbter) Fetttropfen zu erkennen gibt. Es lässt sich keine Spur einer Zellmembran nachweisen, nicht einmal eine ganz scharfe Abgrenzung der Scholle vom umliegenden Gewebe, da auch dieses von allerdings weiter von einander entfernt liegenden Fetttröpfchen durchsetzt ist. Ebensowenig gelingt es, einen Kern aufzufinden, selbst nicht mit stark kernfärbenden Stoffen.

Durch einen längeren Aufenthalt in Glycerin erfolgt eine langsame Extraction des Fettes, so dass an Stelle der grösseren Fetttropfen grobe, dunkle Körner zurückbleiben; dazwischen liegen



in grosser Masse einzelne oder in Büscheln angeordnete, nachträglich auskrystallisirte Fettnadeln. Nun erkennt man eine deutliche umhüllende Membran und zwischen den Fettresten einen oder mehrere, grosse, ovale Kerne mit einem gleichfalls scharfen Contour, einem fein granulirten Inhalte und einem zwischen beiden verlaufenden hellen, ungefärbten Ring[1]).

Eine weitere Verkleinerung und ein Ablassen dieser Fetttropfen tritt ein nach kurzem Aufenhalte in Aether oder nach längerem in Müller'scher Flüssigkeit und nachherigem Einlegen in Alkohol. Die Körner werden immer feiner und blasser und lassen stellenweise zwischen sich, oder besser sie verbindend, feine Fädchen erkennen; Zellmembran und Kerne werden noch deutlicher. Bei sofortigem Einlegen in Alkohol absolutus ist die Granulirung in den Zellen schon sehr schwer zu erkennen, um beim Kochen in Alkohol und Aether vollständig zu schwinden und scheinbaren Hohlräumen Platz zu machen.

Wir sehen daraus, dass die Xanthomzelle je nach der Behandlungsweise mit verschiedenen Reagentien ein sehr wandelbares Gebilde ist und wir müssen uns beim Gebrauche dieser Bezeichnung stets dieser Thatsache erinnern. In diesem Sinne definiren wir:

Die Xanthomzelle ist eine Zelle mit scharfer Membran, feinkörnigem oder fädigkörnigem Inhalte und grossem, rundlichen oder ovalen Kern. Diese einzelnen Bestandtheile sind verdeckt durch dichtgedrängte Fetttropfen.

Ihre Grösse schwankt zwischen der einer Epithelzelle und der der grössten Riesenzellen, wie wir sie bei Sarcomen sehen. Die kleinsten Xanthomzellen sind spindel- oder sternförmig bis oval, die grösseren rundlichoval bis rund. Die Zahl der Kerne schwankt zwischen einem und 20—30. Sie haben eine scharfe Membran, einen fein granulirten Inhalt, zwischen welchen ein schmaler, heller Ring verläuft. Sie liegen regellos im Protoplasma umher.

Der fädigkörnige Inhalt der mit fettlösenden Stoffen behandelten Xanthomzelle besteht wohl aus den Resten nicht völlig gelöster Fetttröpfchen. Möglicherweise sind es Ueberbleibsel von

[1]) cf. Leloir's „altération cavitaire", perinucläre Zelldegeneration des Epithels bei Stauungs- und Entzündungszuständen im ersten Beginn.

Haptogenmembranen. Da durch energische Einwirkung heissen Aethers die vollständige Lösung gelingt, kann man sie wohl nicht als Eiweissmolecule ansprechen.

Ich möchte der Einfachheit halber die feinkörnige Xanthomzelle als „entfettete Xanthomzelle“ bezeichnen.

Eine besondere Abart von der Norm stellt die „pigmentirte Xanthomzelle“ dar, welche sich dadurch von der gewöhnlichen unterscheidet, dass zwischen Fetttropfen, resp. Granulis des Protoplasmas eine kleinere oder grössere Zahl dickerer, rostbrauner Pigmentkörner liegen.

An dieser Stelle möchte ich mir einige Worte über die Art des Fettes in den Xanthomzellen erlauben. Es bildet nie solch grosse, ganze Zellen ausfüllende Kugeln wie dasjenige des Unterhautfettgewebes oder das der Lipome, sondern bedeutend kleinere. Auch der Osmiumsäure gegenüber verhielt es sich manchmal anders als dieses. Es nimmt statt der tiefschwarzen häufig nur eine dunkelbraune Farbe an. Sicheren Aufschluss über seine Natur könnte nur eine chemische Untersuchung eines aus einer grösseren Zahl von Xanthom gewonnenen Aetherextractes geben.

Wo kommen die Xanthomzellen vor?

Sie liegen in den interfasciculären Lymphspalten und grösseren Lymphräumen der Cutis, und zwar bei weit vorgeschrittenem Processe in der ganzen Cutis bis hinauf zur Retegrenze. In den meisten Fällen jedoch findet man eine schmale oberste Cutiszone wenigstens bei schwacher Vergrösserung frei von ihnen und es scheint dann die aus ihnen zusammengesetzte Neubildung plötzlich mit einer scharfen Grenze zu beginnen. Durchsucht man jedoch diese obersten Cutislagen genauer, so findet man fast immer eine ganze Zahl meist kleinster Xanthomzellen mit einem oder sehr wenigen Kernen und weiterhin pigmentirte Xanthomzellen.

Gerade diese obersten am wenigsten und daher wohl zuletzt afficirten Cutislagen geben uns den wichtigsten Aufschluss über die Provenienz dieser eigenthümlichen Gebilde. Wir finden hier die deutlichsten Uebergänge der normalen spindel- und sternförmigen Bindegewebskörperchen oder Endothelien der interfasciculären Lymphräume mit ihrer eng an den Kern angeschmiegten Membran und dem geringen Protoplasmagehalt durch die mannigfaltigsten Zwischenstufen in Form und Grösse bis zur wohl charakteri-



sirten ein- oder mehrkernigen Xanthomzelle. Ich möchte diese Cutislagen als „Zone der Uebergangszellen" bezeichnen.

Wie gruppiren sich die Xanthomzellen in der Neubildung?

Sie liegen meistens in kleineren oder grösseren, läppchenförmigen Heerden zusammen. Diese entstehen durch Einlagerung der Xanthomzellen in die adventitiellen Lymphspalten der Blutgefässe und derjenigen des bindegewebigen Haarbalges, welche von ihnen meist wie ausgegossen erscheinen. Die zwischenliegenden Theile der Cutis sind in der Mehrzahl der Fälle ungleich weniger infiltrirt. Bei sehr weit fortgeschrittenem Processe sind die Zellen mehr diffus über die ganze Cutis verbreitet. Eine hervorragende Betheiligung der Umgebung der Talg- und Schweissdrüsen, sowie der Nervenbündel konnte ich nicht constatiren. Die Schweissdrüsen blieben sogar vollständig frei. In den hochgradigsten Fällen diffuser Neubildung (V b und c, VII a) finden sich in der Umgebung der Nervenbündel auch Xanthomzellen; zwischen die einzelnen Fasern sah ich sie nie eindringen.

Welche Elemente combiniren sich mit der Xanthelasmazelle zum Aufbau des Xanthelasma's?

Es sind das vor Allem die Bindegewebsbündel mit den elastischen Fasern. Dieselben bilden bald ein regelmässigeres (Adventitia der Gefässe und Haarbalg), bald ein vollständig unregelmässiges Netzwerk von dickeren und dünneren Balken, in dessen Maschen, den verbreiterten Lymphspalten, die Xanthomzellen liegen. Diese Balken besitzen häufig nur die Dicke einer Bindegewebsfibrille, so besonders in dem in der Adventitia gelegenen Theile der Neubildung. Es können sich auch mehrere Xanthelasmazellen direct berühren; an einigen Stellen scheint sogar nach Schwund der Zellmembranen das Protoplasma mehrerer Zellen zusammenzufliessen. Zwischen den einzelnen Läppchen der Neubildung ziehen dickere Bindegewebsbündel einher. Neugebildetes Bindegewebe ist nicht vorhanden, es scheint im Gegentheil das normal vorhandene rareficirt zu sein (Druckatrophie).

Ausser den Xanthomzellen und den Bindegewebsbündeln enthält das Xanthom noch eine grosse Zahl bei Behandlung mit Alkohol anscheinend normaler Bindegewebszellen, deren Kerne sich bedeutend dunkler färben, als die der grossen Xanthomzellen. Ich



glaube, dass sie theils normale Bindegewebszellen sind, theils als deren Abkömmlinge die ersten Stufen der pathologischen Zellen darstellen und als solche die Träger der entfernt von einander liegenden, mehr zerstreuten Fettkügelchen sind, wie wir sie in frischen Schnitten zwischen den dichten Haufen gewahren.

Wie verhalten sich die Blutgefässe zur Neubildung?

Sie erscheinen mir weder vermehrt, noch vermindert zu sein im Verhältniss zu gleich grossen Partien normaler Cutis. Unzweifelhaft sind sie jedoch häufig durch die starke Wucherung in ihrer Umgebung comprimirt, so dass ihr Lumen nur einen schmalen unregelmässigen Spalt darstellt[1]). Bedeutendere Veränderungen der Intima fand ich nicht.

Ebenso verhalten sich die Anfänge der Lymphbahnen.

In der Zone der Uebergangszellen sind häufig die normal dort vorkommenden Pigmentschollen und -zellen beträchtlich vermehrt.

Die Epidermis ist in der grossen Mehrzahl der Fälle normal, die unterste Lage meist sehr stark pigmenthaltig. Selten finden sich in der untersten Reteschichte kleine Vacuolen vor. In den hochgradigsten Fällen erscheint das Rete dünn, nur aus wenig Zellenlagen bestehend.

Fragen wir uns nun nach der pathologischen Dignität des Xanthoms.

Eine Neubildung ist es ohne Zweifel; denn wir bemerken in dem sonst äusserst zellenarmen Gewebe der Augenlider einen enormen Zellreichthum. Ist diese Neubildung entzündlicher Natur? Ich glaube, diese Frage mit Sicherheit verneinen zu können. Nirgends treffen wir auf ausgewanderte Blutkörperchen oder auf ein entzündliches, flüssiges Extravasat, nirgends auf das gleichförmige, spindelzellig-faserige Gewebe, welches die eigentliche entzündliche Neubildung charakterisirt. Ich kann es auch nicht unter die hyperplasirenden Wucherungen einreihen; denn die Elemente unserer Neubildung sind nicht einfach vermehrte und vergrösserte Bindegewebszellen der Cutis, sondern es sind für die Cutis atypische Elemente die wesentlichen Bestandtheile des

[1]) Dass ein gewisser Grad von Stauung vorliegt, erhellt theils aus den hie und da vorhandenen Vacuolen der untersten Retelage, theils aus dem Beginn der altération cavitaire um die Kerne der Xanthomzellen.



Neoplasmas: mit Fett gefüllte Zellen, in welchen, wie wir unten sehen werden, das Fett nicht als das Zeichen eines regressiven Processes zu gelten hat. Ich rechne daher das Xanthom zu den Geschwülsten im engeren Sinne, zu den wirklichen Tumoren.

Bezüglich der Rolle, welche das massenhafte Fett bei unserer Geschwulst spielt, erklärten Waldeyer, Virchow, Manz und andere Autoren, dass es sich um eine „fettige Infiltration" in die gewucherten Bindegewebszellen, um eine „Fettretention" oder um eine „fettige Hypertrophie" handle. Diese Autoren betonen es besonders, dass nicht von einer fettigen Degeneration im eigentlichen Sinne die Rede ist. Ich glaube mich ihnen unbedenklich anschliessen zu dürfen; denn wo findet man je eine so ausgesprochene und weitgehende fettige Degeneration von Elementen, die nicht mit der Zeit zu einem weiteren Fortschritte in dem necrobiotischen Processe führte, zum Zerfall, zur Verkäsung, zur Verkalkung! Von Allem finden wir hier nichts. Extrahiren wir das Fett, so haben wir eine wohlerhaltene Zelle mit allen Eigenschaften derselben ohne die geringste Spur einer im Abnehmen begriffenen Lebensenergie vor uns. Wir haben es hier mit einer Adiposis oder Lipomatosis zu thun, bei welcher jedoch das eingelagerte Fett in bedeutend kleineren Tröpfchen auftritt, als bei der gewöhnlichen Form dieser Erkrankung. Ich glaube also, dass wir das Wesen des Xanthoms am ehesten treffen, wenn wir es als eine aus neugebildeten Bindegewebs-, resp. Endothelzellen bestehende Geschwulst mit massenhafter Fetteinlagerung in dieselben ansehen.

Ebenso wie sich dabei die gewöhnlichen Bindegewebszellen vermehren, so thun es in der Mehrzahl der Fälle die von Waldeyer im normalen Augenlide gefundenen pigmenthaltigen Bindegewebszellen der oberen Cutislagen. Wir finden sogar in den tieferen Cutislagen in seltenen Fällen entweder vollständig mit Pigmentkörnern oder theilweise mit diesen, theils mit Fettkügelchen infiltrirte Zellen (pigmentirte Xanthomzellen).

Steht nun das Xanthom in der Reihe der Hautneubildungen ganz vereinzelt da, oder gibt es noch andere ähnliche und in pathologisch-anatomischer Beziehung verwandte Hautaffectionen? Wenn wir uns die Grundlage



des Xanthoms, die neugebildeten Zellennester in der Cutis vergegenwärtigen, so werden wir lebhaft erinnert an den Befund, den wir bei den Epheliden und Lentigines, vor Allem aber bei den Naevis pigmentosis und gewissen Formen von Warzen zu machen gewohnt sind. Je nach der Reinlichkeit dieser Nester liegen diese Bildungen im Niveau der Haut (Epheliden und Lentigines) oder sie prominiren (Naevi und Verrucae). Reichen sie hoch hinauf in den Papillarkörper, so hat die Neubildung ein höckeriges oder zerklüftetes Aussehen, bei ihnen ist ausserdem die Hornschichte hypertrophisch; liegen sie tiefer, so ist die Oberfläche glatt (weiche Warze und Naevus). Bei den Epheliden, Lentigines und Naevis enthält das Epithel und das Bindegewebe Pigment, bei den Warzen ist es meist frei davon. Die Zellennester sind bei diesen Bildungen meist deutlich von einander getrennt und oft regelmässig angeordnet. Sind sie sehr reichlich und ist das zwischenliegende fibröse Gewebe rehr reducirt, so wird ihre Gruppirung undeutlich (cf. Ziegler, Lehrb. d. allg. u. spec. path. Anatomie. II. Th. I. Abth. p. 213 u. 214 mit Fig. 156).

Fassen wir diese kurzen Bemerkungen zusammen, so ergibt sich, dass das Xanthom sehr nahe mit dem Naevus pigmentosus verwandt ist. Das einzige wesentliche pathologisch-anatomische Unterscheidungsmerkmal ist die Fetteinlagerung in die zu Nestern oder Strängen gruppirten, neugebildeten Zellen.

Wenn wir, gestutzt auf die vorangehenden Betrachtungen nach einer pathologisch-anatomischen Bezeichnung für unsere Geschwulst suchen, so können wir die ihr von de Vincentiis gegebene acceptiren und sie Endothelioma adiposum oder besser lipomatodes nennen. Als Fibrom können wir das Xanthoma planum nicht bezeichnen. Eine Neubildung von Bindegewebsfasern findet nicht statt. Im Gegentheil gewahren wir bei weit fortgeschrittenem Processe eine entschiedene Rarefaction der faserigen Bestandtheile der Cutis, indem oft auf weite Strecken hin zwischen den Xanthomzellen nur feinste Fäserchen zu finden sind, und nur hie und da einmal ein dickeres Bindegewebsbündel die Neubildung durchzieht. [1]) Ich glaube nicht fehl zu gehen, wenn

[1]) cf. Chambard, des formes anatomiques du Xanthelasma cutané. Archives de Physiol. 1879, pag. 710.

ich diese Atrophie der faserigen Cutisbestandtheile als eine Druckatrophie, hervorgerufen durch die massenhafte Wucherung der zelligen Bestandtheile ansehe. Während die Bildung und Regeneration von Bindegewebsfibrillen unter normalen Verhältnissen aus dem Protoplasma der Bindegewebszellen continuirlich von statten geht, ist dies bei der vorliegenden progressiven Ernährungsstörung nicht mehr der Fall.

Diesem rein mechanischen Moment müssen wir, glaube ich, noch eine andere Wirkung zuschreiben, die Compression der Blutgefässe und eine damit verbundene Circulationsstörung, sowie die Behinderung des Lymphstromes durch die Verkleinerung der Lymphräume in Folge des Hineinragens der gewucherten Endothelzellen.

Wäre es nicht möglich, dass sich aus den Eiweisskörpern der in der Lymphe enthaltenen Albuminate, bei dem jedenfalls sehr behinderten Abfluss derselben und bei in Folge des herabgesetzten Blutzuflusses mangelhafter Verbrennung in späteren Stadien des Processes ein Theil des Fettes bildete?

Dass beim Fortschreiten der Affection eine gewisse Trägheit in dem Wachsthum der Geschwulst eintritt, beweisen meiner Ansicht nach die vielen mehrkernigen Zellen, die ihrer Dignität nach wohl den Riesenzellen gleichzusetzen sind. Die ihnen innewohnende Wachsthumsenergie genügte noch zur Theilung des oder der Kerne, allein zur Bildung neuer Zellen reichte sie nicht mehr aus (cf. Ziegler, Lehrbuch: Bedeutung der Riesenzellen).

Die Farbe des Xanthoms rührt, wie ich glaube, ausschliesslich vom Fett her. Das normalerweise schon vorhandene, etwas vermehrte Pigment kann mit seinem rostgelben Colorit nie diese helle, stroh- oder citronengelbe Farbe zu Stande bringen.

Wir wenden uns nun zur Betrachtung unseres Falles VIII, der klinisch als Xanthoma tuberosum multiplex imponirte. Bis zu einem gewissen Grade wurde die Diagnose durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt. Wir fanden eine Vermehrung der Bindegewebszellen, die sich vergrösserten bis zu grossen Xanthomzellen mit zahlreichen, unregelmässig im Protoplasma umherliegenden Kernen. Alle diese Zellen enthielten massenhafte Einlagerungen von Fetttropfen, die sich auch zwischen die Bindegewebsbündel verbreiteten. Sie nehmen hauptsächlich die peripheren



Theile der Neubildung ein. Wir fanden aber noch mehr. Erstens eine grosse Menge von runden, länglichen und spindelförmigen Zellen, welche das Volumen der normalen Bindegewebszellen nur wenig überschritten; zweitens trat uns als vollständig neues Element die Riesenzelle entgegen, und zwar nicht in ihrer gewöhnlichen Form, bei welcher die zahlreichen in einen regelmässigen Ring gestellten länglichen Kerne der Membran anliegen oder sich doch in ihrer Nähe befinden, sondern als Riesenzelle, welche zwischen diesem Kernring und der Membran eine breite mit Fetttropfen erfüllte Zone aufweist. Diese nimmt nach Fettextraction das charakteristische fein körnig-fädige Aussehen der Xanthomzelle an. Ich nenne sie die „xanthelasmatische Riesenzelle". Dieselbe findet sich vorzugsweise im Centrum der Geschwülstchen.

Das faserige Bindegewebe ist in der Geschwulst nicht vermehrt, eher verringert. Die Gefässe sind spärlich und die wenigen stark comprimirt, an manchen Stellen scheinen sie ganz zu fehlen, dagegen sind in der Umgebung der Geschwulst Gefässe reichlich vorhanden und es sind diese entschieden erweitert.

Die Lymphspalten sind vollständig verdeckt durch die Neubildung. — Eine besondere Betheiligung der Nerven ist nicht zu constatiren.

Suchen wir nach einer Bezeichnung dieser Geschwulst, so werden wir wohl nicht fehl gehen, wenn wir sie als multiples Rund-, Spindel- und Riesenzellensarcom mit dem Charakter des Xanthoms ansprechen. Wir nennen sie also: Sarcoma globo-, fuso- et gigantocellulare xanthomatosum multiplex oder Sarcoxanthoma globo-, fuso- et gigantocellulare multiplex.

Es wäre von Interesse zu wissen, wie sich der xanthomatöse Process zu dem sarcomatösen zeitlich verhält. Mit Rücksicht darauf, dass die sehr kleinen Knötchen der Augenlider bereits die charakteristische Gelbfärbung zeigten und mikroskopisch den Charakter der genannten Mischgeschwulst trugen, dürfte man wohl annehmen, dass beide Processe ziemlich gleichzeitig verlaufen. Ob die kleinen röthlichen Papelchen des linken Vorderarmes hieher gehören, und was aus ihnen wurde, weiss ich nicht, da sich Patientin nicht mehr zeigte. Immerhin lässt sich auch die Möglichkeit nicht von der Hand weisen, dass zuerst ein reines

Sarcom vorhanden war, das sich erst allmählich mit dem Xanthom combinirte.

Literaturübersicht.

Ich werde nun auf die Untersuchungen und die darauf gegründeten Folgerungen über das Wesen des Xanthoms seitens einiger Autoren etwas näher eingehen und meine eigenen mit den wichtigsten Ergebnissen jener vergleichen.

Wenn ich hauptsächlich die neueren Arbeiten berücksichtige, so ist dies darin begründet, dass die älteren schon vielfach genau referirt sind, so besonders die grundlegenden Arbeiten von Waldeyer und Virchow. Ich verweise nur auf Geber und Simon, auf Kaposi, Chambard, Korach (s. u.) und Eichhoff (Uebersicht über den Stand der Lehre von Xanthom, Monatshefte für prakt. Dermatologie, 1883, Heft X, pag. 306).

Beim Studium der einschlägigen Literatur, welche seit Addison's und Gull's Publicationen aus den Jahren 1851 und 1852 (Guy's hospital reports, 1851, VII, part II, pag. 265 und VIII, part I, 1852, pag. 149) bis heute so überaus reichhaltig wurde und uns gerade in der letzten Zeit beinahe allmonatlich (vergl. die letzten Jahrgänge und Hefte der Annales de dermatologie) neue Produkte aufweist, treten uns zwei wesentlich verschiedene Anschauungen entgegen. Die Vertreter der einen, Hebra (Atlas der Hautkrankheiten, Heft VII, Tafel X, und On diseases of the skin, translat. by Fagge, London 1866, pag. 127), sowie Geber und Simon (Zur Anatomie des Xanthoma palpebrarum, dieses Archiv für Dermatol. und Syphilis, 1872, III) suchen das Wesen des pathologischen Processes bei der Bildung des Xanthoms in einer Erkrankung der Talgdrüsen, resp. in einer massenhaften Wucherung der Talgdrüsenzellen in das umliegende Bindegewebe hinein. Geber und Simon insbesondere sehen in dem Xanthom eine Neubildung epithelialer Natur. Denselben Standpunkt vertrat auch Erasmus Wilson (On diseases of the skin, V. edit. 1863, Journ of cut. medic., London 1867, I, pag. 109 und 1868, VI, pag. 212) eine Zeit lang, nachdem er vorher nur eine einfache Retentionsgeschwulst der Talgdrüsen angenommen hatte. Zuletzt (Lectures on dermatology 1871, pag. 105) trat auch er auf die Seite der Vorläufer der zweiten Hauptansicht, derjenigen, welche eine fettige Degeneration gewucherter Binde-



gewebszellen oder eine Fettanhäufung, eine Fettinfiltration in dieselben für das Wesentliche des xanthomatösen Processes halten. Zu diesen gehören Bärensprung (Ueber Vitiligo und Albinismus partialis, deutsche Klinik, 1855, Nr. 2, pag. 17), Pavy (Guy's hospital reports, 1866), Fagge (Two cases of Vitiligoidea; Transact. of the Pathol. Society of London, 1868, vol. XIX., pag. 434), Murchison (The lesions found in the liver and skin in a fatal case of Vitiligoidea, Transact. of the Pathol. Society XX, pag. 187), Frank Smith (Journal of cutan. med., London 1869, XI, pag. 241, und 1870, XIV, pag. 127) und zum Theile Hutchinson (Medico-chirurg. Transactions, London 1871, vol. LIV), welcher eine vermittelnde Stellung einnimmt, indem er sagt, dass anatomisch differente Processe unter Xanthom beschrieben, und manchmal vielleicht nur die Talgdrüsen betheiligt seien.

Die Hauptvertreter der bindegewebigen Natur des Xanthoms sind Waldeyer (Virch. Arch. Bd. 52 pag. 318), Virchow (Virch. Arch. Bd. 52, pag. 204), Kaposi, neuerdings Chambard und de Vincentiis.

Die Auffassung der beiden ersteren ist bereits oben gewürdigt. Kaposi (Hebra und Kaposi, Lehrbuch der Hautkrankheiten) erkennt in dem Xanthom eine Wucherung der Bindegewebszellen, eine Neubildung von Bindegewebsfasern und eine Fetteinlagerung in und zwischen die neuen Elemente.

Chambard (Des formes anatomiques de Xanthélasma cutané; Archives de physiologie, 1879, pag. 641, und Du Xanthélasma et de la diathése xanthélasmique; Annales de dermatologie et de syphiligraphie, X, 1879—80) stellt neben den bisher bekannten Formen des Xanthoma planum und tuberculosum eine neue auf, das Xanthoma tuberosum. Der Unterschied scheint jedoch nur auf der Grösse der Geschwülste und auf einer von den übrigen Xanthomen verschiedenen Farbe (légèrement violacée) zu beruhen. Das Xanthoma planum lässt er zu Stande kommen durch einen irritativen und regressiven Process. Der erstere kennzeichnet sich durch eine albuminöse Schwellung der Bindegewebszellen und Proliferation ihrer Kerne, der letztere durch eine fettige Umwandlung ihres Protoplasmas.

Die Veränderungen der Bindegewebszellen sind nach Chambard folgende: Im ersten Stadium der Erkrankung sind sie ge-



schwollen, trübe und fein granulirt. Hierauf erscheint das Protoplasma von sehr zahlreichen und feinen Vacuolen durchsetzt. „Dieses poröse Aussehen verdanken sie einer Ablagerung wenig lichtbrechender Tröpfchen (infiltration albumineuse). Die Kerncontouren verlieren an Schärfe. Später nimmt das Protoplasma einen hellgelben Ton und einen fettigen Reflex an, es wird stärker lichtbrechend und die Zellen werden Fettzellen mehr und mehr ähnlich. Beginnende Kerntheilung. Im höchsten Stadium der Veränderung sind die Bindegewebszellen unkenntlich geworden, sie sind umgewandelt in grosse, hell- oder goldgelbe, unregelmässig rundliche oder ovale Blasen mit einer dünnen Grenzmembran. Das Protoplasma hat dasselbe Lichtbrechungsvermögen wie das der Fettzellen. Die Kerne sind schwach angedeutet. In Alkoholschnitten treten zahlreiche runde, sehr kleine Kerne hervor, die sich mit Carmin stark färben. Das Fett hat sich gelöst, das Protoplasma erscheint wie eine blasse, wenig lichtbrechende Masse, „welche durchsetzt ist von unzähligen Bläschen".

Beim Xanthoma tuberculosum und tuberosum überwiegt der durch eine Neubildung von Bindegewebe charakterisirte, irritative Process stark über den regressiven, mit Fettinfiltration der Bindegewebszellen einhergehenden. Das neue Bindegewebe verdankt seinen Ursprung einer in Sclerose ausgehenden Entzündung, die sich insbesondere um die Gefässe (périartérite), um die Talgdrüsen (périadénite) und um die Nerven (périnévrite) localisirt. Damit vergesellschaftet sich häufig eine zu bedeutender Gefässverengerung führende Endarteriitis in Form einer Schwellung der Intima und ihrer Endothelien. Auch von einer „endonévrite" ist die Rede, welche ihren Ausgang in Sclerose des interfasciculären Bindegewebes nimmt. Die Nervenfasern sind auseinandergedrängt und atrophisch, meist auf die Axencylinder reducirt. Das neugebildete Bindegewebe ist im Centrum der Knötchen am dichtesten und zellenärmsten. In den Bindegewebsspalten finden sich Fetttropfen, welche den mit Fett infiltrirten Bindegewebszellen entstammen.

Chambard macht sehr nachdrücklich auf die Circulationsbehinderung durch die starke Wucherung um die Gefässe, die Wucherung des Endothels und den Verschluss der Lymphspalten aufmerksam.

Bezüglich der pathologisch-anatomischen Stellung erkennt



Chambard eine gewisse Aehnlichkeit des Xanthoma planum mit den Lipomen an. Die beiden anderen Formen könnte man mit „Sclérose lipomateuse oder Fibrome lipomateux“ bezeichnen. Er überlässt es weiteren Untersuchungen, ob das Xanthoma tuberculosum allmählich in ein reines Fibrom übergeht oder aus Nahrungsmangel gangränesciren kann.

Die klinischen Thatsachen, die Chambard in grosser Ausführlichkeit angibt, übergehe ich. Ich bemerke nur, dass er in einem Falle die Xanthomflecke auf der Schleimhaut des Respirationstractus bis in die Bronchien hinab vorfand (cf. Pye Smith und Wickam Legg).

Was die Aetiologie anbelangt, so gesteht Chambard ein, dass man nichts Sicheres darüber sagen kann. Jedoch ist er auf Grund der Zusammenstellungen Anderer, insbesondere Hutchinson's, und seiner eigenen Erfahrung geneigt, gewissen arthritischen Zuständen, hauptsächlich solchen, die von Hemicranie begleitet sind und ferner ganz besonders Erkrankungen der Leber, eine Rolle als ätiologische Momente des Xanthoms zu vindiciren.

Potain (Gazette des hôpitaux, 1878) glaubte als nächste Ursache des Ausbruches des Xanthoms eine durch eine Lebererkrankung veranlasste mangelhafte Verbrennung der assimilirbaren Stoffe ansehen zu dürfen. Chambard hält ihm in sehr zutreffender Weise entgegen, dass nur in weniger als der Hälfte der Xanthomfälle eine Erkrankung der Leber vorhanden sei, und dass mit der Fettablagerung doch ein irritativer Process Hand in Hand gehe.

Quinquaud (Bulletin de la société clinique, 1878) suchte das irritirende, den ganzen Process veranlassende Moment im Blute Xanthelasmatischer. Er fand darin eine grössere Menge Fett und Cholestearin, weniger Hämoglobin und ein geringeres Absorptionsvermögen für Sauerstoff als im normalen Zustande. In Hautstücken von Xanth. plan. fand er 2—3mal weniger Eiweisskörper als in gleich grossen normalen Hautstücken. Er glaubt, dass die fehlenden Eiweisskörper in Fett umgewandelt sind. Das Fett aus dem Blute soll mit den Blutsalzen eine Seife bilden, welche sich in den Bindegewebszellen ablagert und sie zur Wucherung anregt. Das mit Cholestearin überladene und mangelhaft Sauerstoff absorbirende Blut lässt es nicht zu einer wirklichen



Entzündung, sondern zu einer fettigen Degeneration kommen (phlégmasie adiposique). Chambard schliesst sich diesen Deductionen an.

In der folgenden Publication (Dernières recherches anatomiques et cliniques sur le xanthome; Annales de dermatologie 1882, pag. 551) bespricht Chambard einige neuere Arbeiten, die sich theils auf das pathologisch-anatomische Verhalten des Xanthoms, theils auf einige neue Formen desselben, theils auf chemische Eigenschaften beziehen.

Carry (Contribution à l'étude du xanthome; Annales de dermatologie 1880, pag. 64) beschreibt einen eigenthümlichen Fall von multiplen cutanen und subcutanen, stellenweise mit dem Periost und Sehnen verwachsenen Tumoren bis zur Grösse eines Hühnereies bei einem 10jährigen Mädchen, welches sonst gesund war, insbesondere eine vollständig normale Leber hatte. Die von Pierret vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab eine lebhafte Wucherung der Bindegewebszellen zwischen den wellenförmig verlaufenden Fasern. Diese gewucherten Zellen füllen sich dann mit Fetttröpfchen, welche nie zu grösseren Kugeln confluiren. Diese Zellen nehmen häufig eine „Disposition épithéloide" an und gleichen in gewissen Punkten Leberzellen (!). In einem späteren Stadium zerfallen diese Zellen sammt den Kernen. Das Fett verbreitet sich dann in Form von Tropfen oder von Krystallen (Tyrosin?) über die Maschen des neugebildeten Bindegewebes. Die Hautdrüsen betheiligen sich nicht an dem Process. In den tiefen Retezellen findet sich ein braunrothes Pigment (erstes Stadium des pathologischen Processes).

Die chemische Untersuchung zweier wallnussgrosser Tumoren, vorgenommen von Cazeneuve, ergab neben Fett und Eiweissstoffen als Bestandtheile des Xanthoms Tyrosin und Lecithin.

Es scheint Cazeneuve interessant, dass von Dastre bei der Fettdegeneration der Leber in Folge von Phosphor- und Arsenvergiftung ebenfalls Lecithin gefunden wurde. Ausserdem fand sich ein dem Lutein verwandter Farbstoff.

In sehr anerkennenswerther Weise macht Carry am Schlusse seiner Arbeit darauf aufmerksam, dass bei Leuten, welche an Xanthom leiden, häufig eine eigenthümliche Gelbfärbung der Haut vorhanden wäre, die vielleicht mit Icterus gar nichts zu thun habe, sondern auf einer Pigmentation der unteren Retezellen



beruhe. Eine solche Xanthodermie fand sich auch in seinem Falle vor (cf. meinen Fall VIII). Er warnt davor, in solchen Fällen von einem Zusammenhang zwischen Icterus und Xanthom zu sprechen. Dieses Pigment sei kein Gallenfarbstoff.

Vorher beschreibt Carry einen Fall von gemischtem Xanth. plan. und tubercul. bei einem mit Alkoholleber behafteten Individuum. Er weist hier besonders auf die Coëxistenz beider Formen und auf die Entstehung der letzteren aus der ersteren hin. Keine mikroskopische Untersuchung.

Auch Besnier liess von Brachet und Monnard (Observation d'un cas de xanthome en tumeur; Annales de dermatologie 1881, pag. 658) einen Fall von Xanthome en tumeur veröffentlichen, wie er die von Carry beschriebene Form bei Gelegenheit einer ebenfalls hiehergehörigen Mittheilung in der französischen Uebersetzung von Kaposi's Lehrbuch nannte. Der 24jährige Kranke litt seit dem 10. Jahre an der Affection. Die Knoten erreichten an einzelnen Stellen die Grösse einer kleinen Nuss, der grösste hatte sogar eine Breite und Höhe von 6, beziehungsweise 11 Ctm. Keine Plaques an den Lidern. Kein Icterus. Die mikroskopische Untersuchung wurde von Balzer vorgenommen. Verschmälerung der Epidermis, Fehlen des stratum granulosum, Verschwinden der Papillen. Zwischen Rete und Xanthom beinahe überall eine normale Cutislage. Entstehung in der Tiefe der Cutis, Wachsthum nach oben. Bindegewebsneubildung, dichter und zellenärmer je näher dem Centrum, dort beinahe reines Fibrom, während die Peripherie das Bild des Xanthelasma bietet. Dort gleichzeitige Vermehrung der Bindegewebszellen und fettige Degeneration (dégénération granulo-graisseuse) derselben. Nach dem Verschwinden der fettig degenerirten Zellen Zurückbleiben von Fettsäure-Krystallen. Die proliferirenden Zellen stellen oft Reihen und Haufen dar gleich embryonalen Zellen. Die Veränderung der Zellen verläuft in folgender Weise: Das Protoplasma mit feinen Körnchen erfüllt, Anschwellung der Zellen, Formveränderung, Ineinanderfliessen mehrerer Zellen, Aehnlichkeit mit Riesenzellen. Später scheinbares Verschwinden des Kerns, er atrophirt oder versteckt sich unter den Fetttropfen. Die Zelle atrophirt, Kernschwund, feine Fetttropfen oder Fettnadeln, welche lange in ihrer Anordnung die Form der Zellen bewahren. Bindegewebige Wucherung



der Adventitia und Intima der kleinen Arterien bis zur Obliteration. An manchen Stellen vollständiger Gefässschwund. Die Gefässe spielen die grösste Rolle bei der Entwicklung des ganzen Processes. Gleiche Nervenveränderungen wie bei Chambard. Sclerose um die Schweissdrüsen. Veränderungen ihres Epithels, Trennung des Glomerulus durch das Bindegewebe in mehrere Theile. An weniger fortgeschrittenen Heerden die oben beschriebenen Zellen um die Schweissdrüsen.

Chambard verwahrt sich vor der Verwechslung dieses Xanthome en tumeurs mit seinem Xanthome tubéreux, welches klinisch ein ganz anderes Bild darbot (Aehnlichkeit mit einem Krebsknoten). Er schlägt für seine Geschwulst den Namen Xanthome incolore discret vor.

Unter der Bezeichnung Chéloide diffuse xanthélasmique beschreibt Rigal (Observation pour servir à l'histoire de la chéloide diffuse xanthélasmique; Annales de dermat. 1881, pag. 491) eine ganz neue Hautaffection, welche mit universellem Anasarca einherging; Tod durch Glottisödem. An den verschiedensten Körperstellen bildeten sich weinhefengelbe oder schiefergraue, diffuse oder knotenförmige, derbe Infiltrationen der Haut, welche sehr schmerzhaft waren. Mikroskopisch fand sich eine reichliche Bindegewebsneubildung zwischen den alten Bindegewebszügen. In den von ihnen gebildeten Maschen liegen (durch Kerntheilung) neugebildete, sowie geschwellte Bindegewebszellen. Diese Zellen ändern bald ihr Aussehen, indem sich Protoplasma und Kern mit einer feinkörnigen Masse erfüllen. Auflösung der Zellen in stark lichtbrechende Körner, welche sich mit Picrocarmin hellgelb färben. Die Produkte dieses moleculären Zerfalls können sich nicht weiter über das Gewebe verbreiten, da sie in eine dünne Umhüllungsmembran eingeschlossen sind. Diese ist aus einer Verdichtung des umliegenden Bindegewebes hervorgegangen. Diese Gebilde gleichen grossen ovalen Blasen mit einem den Fettzellen ähnlichen Lichtbrechungsvermögen und mit denselben histiochemischen Reactionen. Sie enthalten neben den genannten Körnern zerstreute Kerntrümmer. In dem neugebildeten Bindegewebe finden sich reichliche, neugebildete elastische Fasern, vereinzelte oder in Reihen geordnete glänzende Körner, welche alle Charaktere der elastischen Substanz an sich tragen. Der ganze Process ist um die Gefässe



am hochgradigsten; Wucherung der Intima bis zum Verschluss; Lymphspalten spärlich.

Rigal und Chambard halten die beschriebenen Veränderungen für identisch mit denen des Xanthoma tuberculosum. Anatomisch betrachtet, sind beide Processe „des fibromes à type xanthomateux“ (Chambard). Dieser hält hier den xanthomatösen Process für secundär in Folge einer langdauernden Behinderung der Lymphströmung in der Cutis entstanden.

Ich erwähne hier noch kurz, dass Malassez und de Sinéty (Sur la structure, l'origine et le développement des cystes de l'ovaire; Archives de physiologie 1874, Nr. 5 und 6, pag. 640) in der Wand von Eierstockcystomen öfter Heerden begegneten, welche Xanthomplaques vollständig glichen. Sie bestanden aus Haufen von grossen körnigen Zellen, welche zwischen Bindegewebe eingebettet lagen. Von Fett ist in der kurzen Bemerkung keine Rede.

Chambard betont in der oben erwähnten Arbeit nochmals. dass bei der Zellenveränderung zuerst ein irritativer, dann ein regressiver Process abläuft. Ja nach dem Ueberwiegen des einen über den anderen und je nach dem Stadium der Neubildung erhält man verschiedene Bilder. So wiegt z. B. bei Pierret's und Balzer's Beschreibungen der regressive Process vor: Die Zellen gehen, ehe sie Zeit haben sich zu theilen, durch das Fett erstickt zu Grunde. In Rigal's Fall herrscht der irritative Process vor. Er äussert sich durch Kern- und Zelltheilung, durch massenhaft neugebildete Zellen, welche zum embryonalen Stadium zurückkehren. „Aber bei dem einen oder anderen Typus, bei beiden ist die fettige Nekrose der Bindegewebszelle, welche ihre Individualität beibehält oder zum embryonalen Zustande zurückkehrt, der natürliche Abschluss des Processes.“ In einem späteren Stadium verschwinden die Bindegewebszellen; ihre letzten Spuren erkennt man in den die Bindegewebsspalten anfüllenden Fetttropfen. Dieser Zellschwund erfolgt um so rascher, je rapider die Entwicklung des neuen sclerotischen Bindegewebes vor sich geht.

Chambard glaubt, dass die xanthomatösen Neubildungen der Ausdruck einer allgemeinen Diathese sind (cf. oben).

Einen wesentlichen Fortschritt schien die Lehre vom Xan-



thom insbesondere von dessen dunkler Aetiologie durch eine Arbeit von Balzer (Recherches sur la dégénérescence granulo-graisseuse des tissus dans les maladies infectieuses. Parasitisme du Xanthélasma et de l'ictère grave; Révue de médecine 1882) gemacht zu haben. Er gewann seine Resultate an dem oben referirten Fall von Besnier oder Brachet und Monnard, den er nochmals untersuchte. Die ausgesprochene fettige Degeneration führte Balzer zu dem Gedanken, es handle sich beim Xanthom um eine durch Mikroorganismen veranlasste Infectionskrankheit. Er fand dann auch Mikrococcen und in geringerer Zahl Stäbchen im Protoplasma der gewucherten Bindegewebszellen, selten im Kern derselben. Die Mikrococceninvasion beschränkt sich häufig auf die Lider, sie kann sich jedoch auch verallgemeinern, wo dann der Process grosse Aehnlichkeit mit Lepra, Tuberculose oder Syphilis (!) hat. Ich gehe nicht genauer auf diese Arbeit ein, da Balzer in seiner neuesten Publication (Recherches sur les caractères anatomiques du Xanthélasma; Archives de physiologie 1884, Heft 5, pag. 65), auf die ich unten zurückkomme, zugesteht, dass die von ihm für Mikroorganismen gehaltenen Gebilde keine waren.

Wir kehren nun zu den weiteren Abhandlungen Chambard's zurück und finden in den Annales de dermatologie 1883, pag. 660, eine sehr interessante Beobachtung, welche er in Gemeinschaft mit Gouilloud machte (Nouvelle contribution à l'étude des transformations des tumeurs congénitales de la peau. Myome xanthomateux développé dans un molluscum). Es handelt sich um einen gestielten Tumor von der Beschaffenheit eines Molluscum pendulum. Makroskopisch bemerkte man auf dem Durchschnitt drei Zonen. Die centrale bestand aus strahlenförmigem Bindegewebe, die mittlere oder corticale, welche gelb gefärbt war, bestand ebenfalls aus Bindegewebsbündeln, welche sich jedoch unter einander kreuzten. Bei schwacher Vergrösserung fanden sich dazwischen Zellenhaufen und kleine glänzende Partien von fettigem Aussehen. Die dritte oder periphere Schichte bestand aus Epidermis. Die genaue histiologische Untersuchung ergab in der centralen Partie zwischen den radiär verlaufenden Bindegewebsbündeln zahlreiche lymphatische und Bindegewebszellen; reichliche Blutgefässe, erweiterte Venensinus. An einigen Stellen Umwandlung des Bindegewebes in Schleimgewebe. Zwischen den Bindegewebsfasern finden



sich nun ausserdem zahlreiche glatte Muskelfasern von langer Spindelform.

Die corticale Zone zerfällt in zwei Schichten, eine tiefe und eine oberflächliche; die tiefe Schichte besteht beinahe nur aus glatten Muskelfasern, welche jedoch bedeutend kürzer sind als diejenigen der centralen Zone. Zwischen ihnen verlaufen sehr feine Bindegewebsfasern mit zahlreichen platten Bindegewebskörperchen. Zahlreiche Blutgefässe und weite Venensinus mit dünnen Wänden. In dieser Schichte befinden sich auch die kleinen Haufen von fettigem Aussehen. Hier sind die spindelförmigen Zellen ersetzt durch Haufen aus Fettsäurenadeln ohne scharfe Grenze. Sie verbreiten sich zwischen die Muskelzellen. Nach Behandlung mit Chloroform traten nach dem Verschwinden dieser Nadeln blasse, sehr fein granulirte Bindegewebszellen zu Tage, welche sich gegenseitig polyedrisch abplatteten, mit undeutlichen Contouren und atrophischem Kern. Das Protoplasma war also fettig degenerirt, die Membran, der Kern und vielleicht „das intraprotoplasmatische Gerüst“ waren erhalten. Eine auf Bacillen hinzielende Untersuchung fiel negativ aus.

In der oberflächlichen Schicht der Rindenzone, welche im Ganzen den Eindruck vom Cutisgewebe macht, finden sich erweiterte und von Lymphkörperchen umgebene Gefässe. Das Gewebe ist ödematös. Einige Zellen, deren Protoplasma in einzelne Kügelchen mit wenig lichtbrechender Zwischensubstanz getheilt erscheint, sind vergrössert. In den sehr ödematösen Papillen zahlreiche, mit Eosin gefärbte Mikrococcen (!).

Die Epidermisschichte ist ödematös, Lockerung der Retezellen mit Zwischenlagerung von Lymphkörperchen und Mikrococcen(!).

Zum Schlusse zieht Chambard folgende Lehre aus dem Fall:

„Es gibt zwar eine besondere Affection ‚das Xanthom‘, allein die xanthomatöse Zelldegeneration kommt ihm nicht allein zu, sie findet sich in den verschiedensten Neubildungen.“

Sehr eingehende histiologische Untersuchungen wurden in neuerer Zeit von de Vincentiis (1. Contribuzione all' anatomia pathologica dell' occhio e suoi annesi; Movimento medico-chirurgico 1873. 2. Endothelioma adiposo; Communicazione nella riunione



del l'associazione ottalmologica italiana in Padova 1882. 3. Endothelioma adiposo, richerche cliniche ed anatomiche su lo xanthelasma; Rivista clinica Nr. 7, Luglio 1883) über das Xanthom angestellt, deren Resultate ich nach dem kritischen Referate von Chambard (La structure et la signification histologique du xanthélasma; Annales de dermatologie 1884, pag. 81) wiedergebe. Es handelt sich um einen Fall von Xanthoma planum multiplex bei einem 20jährigen Mädchen. De Vincentiis hält für den wichtigsten Bestandtheil der Neubildung die Xanthomzellen. Dieselben sind nach Grösse, Form und Art verschieden. Im Allgemeinen erscheinen sie als Haufen von dicht zusammenliegenden Fettkörnern, zwischen welchen in den oberflächlichen Cutislagen häufig auch Pigmentkörner liegen. In den tiefer gelegenen Zellen erscheint das Fett ersetzt durch Haufen von glatten, an den Enden abgerundeten Stäbchen, welche entweder regellos oder mit einer gewissen Regelmässigkeit umherliegen. Diese Stäbchen haben mit Mikroorganismen nichts zu thun, es sind Fettsäurenadeln. Nach der Fettextraction erscheint die Xanthomzelle umgeben von einer eigenen Membran, welche eine sehr feinkörnige Masse einschliesst, die beinahe immer ungefärbt bleibt und einen runden, starkgefärbten Kern enthält. Andere sind bedeutend grösser und enthalten zwei und mehr Kerne, wieder andere würden als Riesenzellen imponiren, wenn die Kerne nicht vollständig regellos im Protoplasma umherlägen. Auch de Vincentiis unterscheidet einen irritativen und einen regressiven Process an den Xanthomzellen. Bei dem ersten schwillt das Protoplasma an, es wird trübe, die Kerne proliferiren, die Zellen vermehren sich und kehren zu einem embryonalen Zustand zurück. Zeichen des regressiven Processes sind die Umwandlung des Protoplasmas in Fetttropfen und die Atrophie der Kerne. Je nach dem Ort und dem Alter der Veränderung zeigen diese beiden Processe, welche neben einander hergehen können, verschiedene Beziehungen und Abstufungen. Bei den weichen Formen des Xanthoms dauert dieser irritative, zu massenhafter Zellenneubildung führende Process sehr lange, erst spät tritt die fettige Umwandlung ein. Bei den harten Formen erfolgt die letztere sehr rasch, die Zellen zerfallen, es prädominirt das faserige Gewebe (neugebildet?).

Im Centrum einer Geschwulst fand sich eine eiförmige, gefächerte Höhle, welche von einer fibrösen Kapsel umgeben war. Der Inhalt der Höhle war eine Art Coagulum. Zwischen den Bindegewebszügen der Kapsel und denen des Binnenraumes der Cyste fand de Vincentiis mehr weniger gut erhaltene Nester von Xanthomzellen. Er constatirte alle möglichen Uebergänge dieser letzteren in die Alveolen, welche die Cyste zusammensetzten. Einige von diesen Alveolen waren leer, andere enthielten eine körnige Masse und Kerne. Das Bindegewebe zwischen den Alveolen wurde oft in eine homogene Masse umgewandelt, seine Zellen verfetteten. Diese cystische Umwandlung führt de Vincentiis auf häufige Traumen (Sitz der Geschwulst über dem Olecranon) zurück. Die Cystenhohlräume entstanden durch Zerfall der verfetteten Xanthomzellen und durch Resorption der zwischen ihnen liegenden Bindegewebsfasern.

Die Xanthomzellen sind Endothelzellen des veränderten Bindegewebes der Cutis. Zuerst liegen sie vereinzelt (Peripherie der Neubildung), dann gruppiren sie sich und bilden Läppchen. Bei schwacher Vergrösserung erscheinen diese letzteren als in den Lymphspalten der Cutis gelegene Haufen von Xanthomzellen; sie sind länglich, homogen, gefäss- und anscheinend farblos, sie sind umgeben von regelmässigen, mit Endothelzellen bekleideten Wänden. Bei starker Vergrösserung sieht man, dass die Läppchen durch feine Bindegewebszüge in mehrere Fächer getheilt sind, welche die Xanthomzellen enthalten. Die Endothelzellen der Wände der Läppchen befinden sich in der Umwandlung zu Xanthomzellen begriffen.

Die Bildung dieser Xanthomläppchen beginnt in der mittleren und oberen Partie der Cutis, ohne jemals die Epidermis zu erreichen. Stets liegt noch eine normale Cutisschicht zwischen ihr und der Geschwulst.

Im weiteren Verlaufe des Processes treten um die Läppchen vereinzelte oder in unregelmässige Gruppen geordnete Xanthomzellen auf. Sie gruppiren sich besonders um die kleinen Venen, sie treten im Perimysium und Perineurium auf, dringen zwischen die Nervenfasern ein; sie erreichen beinahe die Epidermis und befallen das Unterhautzellgewebe, den Gefässen folgend, welche sie in Form eines cylindrischen Mantels umgeben. Das Bindegewebe



betheiligt sich nur insoferne an dem pathologischen Process, als es stellenweise glasig aufquillt. Epidermis normal.

De Vincentiis erkennt zwei Formen von Xanthom an, das X. planum und das X. tuberculosum. Zu diesem letzteren rechnet er das Xanthome incolore discret Chambard's, das Xanthome en tumeurs von Besnier, Carry, Brachet und Monnard.

Bei der Besprechung der pathologisch-anatomischen Stellung des Xanthoms kommt der Autor zu dem Schlusse, dass das Xanthom eine wirkliche Neubildung, ein Tumor ist, hervorgegangen aus einem auf einen falschen Weg gelenkten Wachsthum der Gewebselemente. Es sei keine entzündliche Neubildung veranlasst durch eine vorübergehende und zufällige Circulationsstörung. Als Gründe für seine Ansicht führt er an die spontane Entwicklung, die Multiplicität seines Auftretens, die Beständigkeit und den atypischen Charakter der dasselbe zusammensetzenden Elemente. Es ist eine Bindegewebsgeschwulst und kann als Endothelioma adiposum bezeichnet werden.

Beim Referiren der oben angeführten Arbeit Balzer's nimmt Chambard Veranlassung, in ätiologischer Beziehung zu bemerken, dass ebenso wie sonst durch verschiedene Ursachen die gleichen Wirkungen erzielt werden, so auch der erste Anstoss zum Wachsthum des Xanthoms durch verschiedene Momente bewirkt werden kann, sei es durch Parasiten, sei es durch Blutveränderungen in Folge verschiedener Allgemein- oder Localkrankheiten. „Rien ne démontre d'ailleurs, que le xanthélasma anatomo-pathologique soit une unité nosologique."

Einen Fall von multiplem gemischten Xanthelasma planum und tuberculosum, einhergehend mit chronischem Icterus und einer in Bezug auf die anatomische Form zweifelhaften Leber- und Milzvergrösserung beschreibt Korach (Ueber Xanthelasma universale; deutsches Archiv f. klin. Med. 1882). Derselbe ist dadurch besonders interessant, dass sich Hand in Hand mit einer Abnahme des Icterus die Flecke und Knötchen ebenfalls bis zu einem gewissen Grade zurückbildeten. Die mikroskopische Untersuchung eines am Vorderarm exstirpirten und in Müller'scher Flüssigkeit und Alkohol erhärteten Knötchens wurde von Leichtenstern vorgenommen.

Die Retezellen sollen durch den Icterus auffallend stark



pigmentirt gewesen sein. Verbreiterung der Papillen und Kernreichthum der obersten Cutisschichten. Unter dem Epithel, hauptsächlich seitlich in den Papillen glänzende, unregelmässig begrenzte Fettkugeln und -schollen frei im Cutisgewebe nicht in Bindegewebszellen eingeschlossen (vielleicht aus deren Zerfall hervorgegangen). Ausserdem in den Papillen und der angrenzenden Cutis, die Haarbälge und Talgdrüsen oft umwuchernde, sehr fein- und gleichkörnige, rundliche oder in die Länge gestreckte, ovale, wohl umschriebene, aber nicht contourirte Häufchen von matter, hellgelbbräunlicher Farbe, hie und da inmitten eines Häufchens ein oder zwei Kerne als Zellenreste. Die Körnchenhaufen sind wohl auch aus Zellen hervorgegangen. Diese Körnchen sollen abgeblasstes Gallenpigment darstellen, welches zuerst die Zellen infiltrirte; diese zerfielen dann später. Auch könnten es Gallenfarbstoffinfarcte in die Lymphgefässe der Cutis sein oder vielleicht gar Mikrococcen. Talgdrüsen intact. Korach resumirt seine Resultate, indem er sagt, es handle sich beim Xanthom um eine Hypertrophie, resp. Hyperplasie der Bindegewebskörper mit fettiger Infiltration. Auf Grund einer kleinen Statistik kommt er zu dem Schlusse, dass Icterus als ätiologisches Moment beim Xanthelasma eine hervorragende Rolle spiele.

Eichhoff (Mittheilung eines Falles von Xanthelasma planum et tuberculosum multiplex; deutsche medicin. Wochenschrift Nr. 4, 1884) theilt einen Fall von multiplem gemischten Xanthelasma bei einem zweimonatlichen Kinde mit, bei dem die von Church (Notes on the heredit. charact. of certain formes of Xanth. palp.; St. Barthol. Hosp. Rep., Vol. X) als ätiologisches Moment in Anspruch genommene Heredität vielleicht in Betracht zu ziehen ist. Der Urgrossvater des Kindes litt ebenfalls an Xanthom. Die untersuchten Hautstücke ergaben (Doutrelepont): Starke Pigmentirung des Rete Malpighii; im Papillarkörper zellige Wucherung, theils diffus, theils fleckenweise; die Zellen rund, oval oder eckig und geschwänzt, sind grösstentheils feinkörnig getrübt und dann grösser und dichter beisammenliegend. Keine Lymphgefässerweiterung. Eichhoff selbst fand: Anhäufung und Wucherung von Bindegewebszellen, die theils normal sind, theils den Process der trüben Schwellung und fettigen Degeneration durchzumachen scheinen. Dieselben sind theils ein-, theils



mehrkernig. Sie gruppiren sich meist um Gefässe und Schweissdrüsen, keine Veränderung der Talgdrüsen. Eichhoff hält von den vielen in Bezug auf die Pathogenese des Xanthoms aufgestellten Hypothesen die Waldeyer'sche, welche eine Persistenz der embryonalen sogenannten Plasmazellen (Fettbildungszellen) und nachträgliche Wucherung derselben annimmt, für die wahrscheinlichste. Man könnte demnach das Xanthom als eine Art Lipom auffassen.

Eine der Carry'schen sehr ähnliche Beobachtung theilt Pönsgen (Virchow's Archiv 1883, Bd. 91, pag. 350) mit. Bei einem 8jährigen Knaben finden sich neben zahlreichen Xanthomflecken und -knötchen grosse (7—11 Ctm. Durchm.), derbe, als Fibrome und Lipome imponirende Tumoren, die mikroskopisch als mit Xanthom identisch erkannt wurden. Colossale Bindegewebswucherung mit eingestreuten fettig infiltrirten Zellen.

Balzer (Recherches sur les caractères anatomiques du Xanthélasma; Archives de Physiologie 1884, Heft 5, pag. 65) nimmt in seiner neuesten Arbeit seine Mikrobentheorie zurück, um eine andere an ihre Stelle zu setzen. Zu der Wucherung der Bindegewebszellen und der Bildung von Fetthaufen tritt als ebenso wichtiger Factor eine eigenthümliche Umwandlung des elastischen Gewebes. Die elastischen Fasern schwellen um das Doppelte und Dreifache an, sind unregelmässig verworfen und erscheinen deshalb zahlreicher. Diese Fasern theilen sich der Quere nach; die einzelnen stäbchenförmigen Fragmente trennen sich (Aehnlichkeit mit Krystallhaufen). Diese theilen sich auch wieder zu reihenförmigen oder einzeln daliegenden elastischen Körnern. Diese färben sich manchmal, manchmal bleiben sie ungefärbt. Die in seinem Fall (multiples Xanthoma planum, auch des Endo- und Pericards, Icterus) in geringer Zahl vorhandenen Xanthomzellen kommen dadurch zu Stande, dass die geschwellten Bindegewebszellen diese elastischen Trümmer in sich aufnehmen. Balzer sagt, der Gehalt an Xanthomzellen sei sehr wechselnd und diese Zelle sei nichts für den Process Charakteristisches. Er hält den Process für entzündlicher Natur.

Chambard (Du Xanthome temporaire des diabétiques et de la signification nosologique du Xanthome; Annales de dermatologie 1884, Heft 6 und 7) berichtet über sechs Fälle von Xanthoma tuberculosum multiplex bei Diabetikern, einen von Adisson



und Guli (l. c.), einen von Bristowe (Pathological Transactions 1866), einen von Gendre (Etude clinique et histologique sur le Xanthélasma; Thèse de Paris 1880), zwei ihm von Hillairet mündlich mitgetheilte und einen von Malcolm Morris (A case of so called xanthoma tuberosum; Transactions of the pathol. Society of London 1883). In allen Fällen vollzog sich die Eruption der schmutzig rothen, auf der Spitze gelben Knötchen ziemlich rasch. Die Efflorescenzen halten sich eine Zeit lang auf der Höhe der Entwicklung und verschwinden dann langsam. In einem Falle (M. Morris) erfolgten mehrere Nachschübe. Das universelle Knötchenxanthom bei Icterischen entwickelt sich sehr langsam und bleibt dann für immer bestehen (mit Ausnahme sehr seltener Fälle). Auch in der Vertheilung auf der Körperoberfläche waltet zwischen beiden Formen eine gewisse Verschiedenheit ob, die besonders darin gipfelt, dass beim diabetischen Xanthom die Augenlider frei bleiben. Die histiologische Untersuchung des Bristowe'schen Falles ergab: Derbes Bindegewebe übersät mit Fetttröpfchen; diejenige des Morris'schen führte zu folgenden Resultaten: Die gefässlosen Knötchen bestehen in der Peripherie aus dichtem, an embryonalen Zellen reichem Bindegewebe, im Centrum aus einer körnigen Masse mit nicht scharf begrenzten Zellen und Fasern im Innern. Die in der Cutis gelegenen Knötchen sind von einer Zone erweiterter und von runden und ovalen Zellen umscheideter Gefässe umgeben. Aus diesen Zellen entstehen die neuen Knötchen; sie wandeln sich in ein narbenartiges Gewebe um, welches zu Atrophie der Gefässe und zur Degeneration des Centrums der Knötchen führt. Dass die Knötchen sich oft in der Nähe von Haarbälgen entwickeln, hat keine wesentliche Bedeutung.

Abgesehen von den oben erwähnten Verschiedenheiten hält Chambard das diabetische und das icterische Xanthom für identisch. Diese Identität geht so weit, dass sich die Pathogenese beider auf eine und dieselbe Hypothese zurückführen lässt. Dieselben von Potain und Quinquaud bei Leberkranken mit Xanthom gefundenen Veränderungen des Blutes oder doch ähnliche finden sich bei Diabetikern. Diese Eigenschaften, sowie der reichliche Zuckergehalt des Blutes Diabetischer könnten als ursächliche Reize die Entwicklung des Xanthoms in Scene setzen.



Das Xanthom als klinisch und pathogenetisch einheitliches Krankheitsbild existirt nicht. Die gleichzeitigen oder sich ablösenden irritativen und regressiven Vorgänge, wie sie dem xanthomatösen Process eigen sind, können immer dann entstehen, wenn die Elemente des Bindegewebes umgeben sind von einer Flüssigkeit, welche zugleich ein reizendes Princip (Seife oder Zucker) enthält und arm ist an Sauerstoff. Diese Veränderung nennt Chambard „la xanthomatose". Er führt nochmals die Fälle von Rigal, Gouilloud, Malassez und Sinéty an, welche das gleichzeitige Bestehen der lésion xanthomateuse, der Xanthomatose, mit anderen neoplastischen Vorgängen vergegenwärtigen.

Betrifft der xanthomatöse Process allein ohne Complication die Haut und die Schleimhäute, dann kann man von dem Xanthom als einer besonderen Krankheit wie von Eczem, Lichen u. s. w. sprechen.

Schwimmer (Artikel „Xanthom" in der Realencyklopädie der gesammten Heilkunde und Ziemssen's Handbuch der Hautkrankheiten, Bd. II, pag. 452) glaubt, dass das Zusammentreffen von Icterus und Leberkrankheiten mit Xanthom zufällig ist. Er fand in 10 Fällen einmal Icterus (cf. Statistiken von Hutchinson, Kaposi, Korach u. A.). Die von Schwimmer und Babes ausgeführte mikroskopische Untersuchung des von Hertzka (ein Fall von Xanthoma; Berlin. klin. Wochenschr. 1881, Nr. 39 und 1882 Nr. 6) publicirten Falle von Xanthoma tuberosum multiplex hatte folgende Resultate: Epidermis verdünnt; gewöhnlich keine Papillen vorhanden. Atrophische Zellen im Rete, auffallend viel junge Elemente mit Zelltheilungsfiguren. Tiefste Reteschicht dunkel pigmentirt, Vacuolen enthaltend. Dicht darunter in der Cutis erweiterte Lymphgefässe mit gequollenen Endothelien; fast oder ganz obliterirte Blutgefässe mit ähnlich veränderten Endothelien und stellenweise hyalinem Inhalt. Wandung sehr verdichtet, ein concentrisches, sinuöses Netzwerk bildend, dessen buchtige communicirende Räume von einem Stratum gequollener, kleine gelbliche Fetttröpfchen enthaltender Zellen ausgekleidet oder von diesen beinahe vollständig erfüllt sind. Im zwischenliegenden Balkenwerk rundliche, gelblichrothe Pigmentschollen, hyaline Fasern und glatte Muskelelemente. Durch die excessive Entwick-

Fig. I.

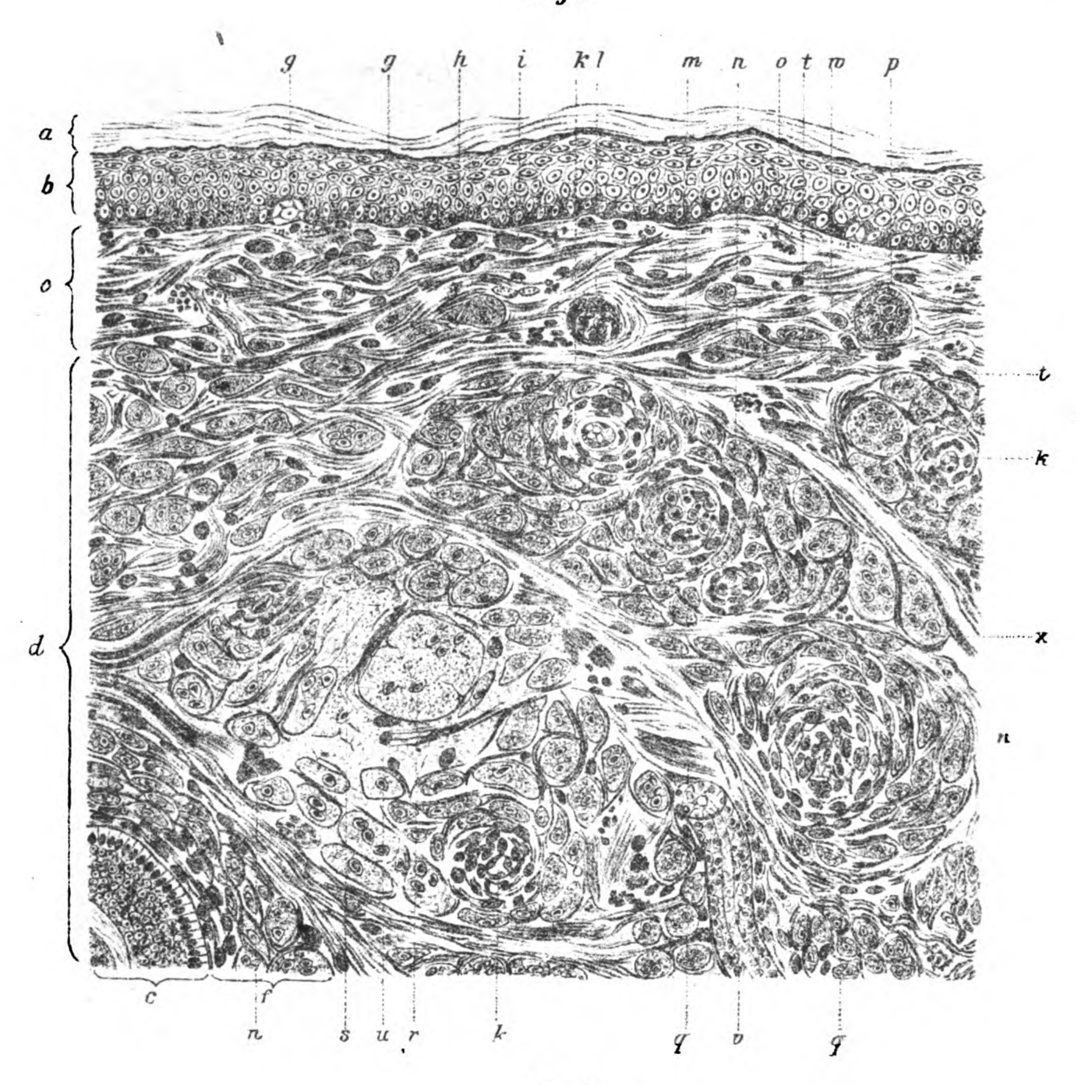
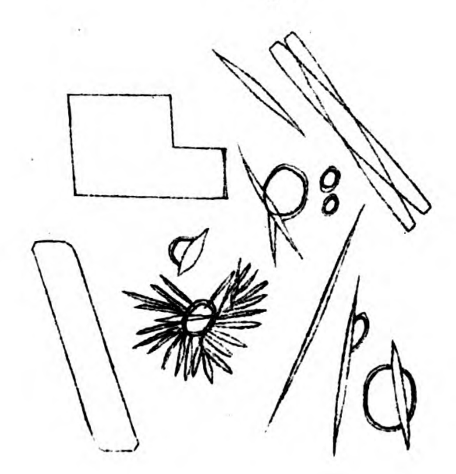


Fig. V.



Touton: über das Xanthom.

Ad nat. del. Autor Lith. Anst. v. Th. Bannwarth Wien.

lung eines lacunären Saftkanalsystems werden die Gefässe mit gewucherten Endothelien erdrückt. In gleicher Weise die Einhüllungen der Drüsen und Nerven verändert. Die Bindegewebsbalken werden durch die Neubildung getrennt, schwellen an und werden hyalin.

Schlussbemerkungen.

Nach dieser Uebersicht über die hauptsächlichsten das Xanthom betreffenden Arbeiten, insbesondere derer der Neuzeit möchte ich auf einige wichtige Punkte noch etwas näher eingehen.

In erster Linie scheint mir gerade in Anbetracht der letzten Arbeiten die Frage nach der pathologischen Stellung des Xanthoms von Interesse. Ich habe meine Ansicht in dieser Beziehung bereits oben geäussert, ich halte das Xanthom für einen Tumor im engeren Sinne, und zwar aus mehreren Gründen. Das Xanthom ist eine scharf abgegrenzte, selbstständige Neubildung bestehend aus Elementen, welche für den Standort, also für die Cutis atypisch sind.

Das Xanthom tritt meist multipel auf, oft in sehr zahlreichen Exemplaren. Es bildet Mischgeschwülste. Am liebsten thut es dies mit Fibromen, und ich bin geneigt, alle diejenigen Formen von Chambard u. s. w., welche mit Neubildung von viel faserigem Bindegewebe einhergehen, also die meisten Fälle von Xanthoma tuberculosum, Xanthome en tumeurs als Fibroxanthome zu bezeichnen. Mein Fall VIII bietet das Bild eines Sarcoxanthoms; der von Malassez und de Sinéty, wenn es sich dabei wirklich um Xanthom handelt, würde uns ein Cystadenoxanthom repräsentiren, der von Chambard ein Myoxanthom.

Von wirklichen regressiven Veränderungen, wie sie so häufig in Tumoren vorkommen, finde ich nur eine mit Sicherheit constatirt, die cystische Umwandlung zusammengeflossener und zerfallener Xanthomzellen in dem Falle von de Vincentiis. Er führt diese Veränderung auf Traumen zurück. Eine Andeutung eines derartigen Vorganges in seinen ersten Stadien glaube ich auch hie und da gesehen zu haben. Nur dann begegnete ich auch einer Atrophie (Schrumpfung) und Zerfall der Zellkerne.

Ich erachte es nicht förderlich für das Verständniss, mit Chambard einen irritativen und einen regressiven Process zu



unterscheiden, man müsste denn mit Virchow an eine irritative Wucherung ohne entzündliche Grundlage denken. Denn für die Annahme eines entzündlichen Processes spricht nichts. Ich finde eben neugebildete zellige Elemente, wie dies bei jedem anderen Tumor der Fall ist; mit demselben Rechte könnte man meiner Meinung nach bei jedem Fibrom oder Sarcom, oder überall da, wo Elemente neugebildet werden, von einem irritativen Process reden. Chambard und de Vincentiis gebrauchen, wie ich glaube, hauptsächlich diesen Ausdruck, um einen Gegensatz zu dem Verfettungsprocess zu haben, der ihnen a priori als ein regressiver erscheint. Und da tritt uns denn die Frage entgegen: „Sind hier wirklich zwei verschiedene neben einander hergehende oder sich gegenseitig ablösende, mit einander alternirende Processe vorhanden?" Diese Frage verneine ich entschieden und ich halte die von Chambard gegebene Entwicklung der Xanthomzelle nicht für der Wirklichkeit entsprechend. Ich habe niemals in frischen Schnitten die geschwellten, feingranulirten Zellen gefunden trotz sorgfältigen Suchens, sondern nur die grösseren und kleineren aus Fettkügelchen zusammengesetzten Schollen ohne sichtbare Membran und Kern. Wenn ich nun das Fett extrahirte aus denselben Schnitten und diese färbte, dann lagen an ihrer Stelle die „trüb geschwellten" (Chambard), fein granulirten, ein- oder mehrkernigen Zellen mit deutlicher Membran. Diese beiderlei Gebilde decken sich also vollständig. Wenn dieselben aus zwei verschiedenen Processen hervorgingen, so müsste man eben in den frischen Präparaten neben den fetthaltigen Xanthomzellen, fettfreie, nur geschwellte und granulirte Zellen mit proliferirten Kernen treffen, was mir, wie gesagt, nicht gelang. Ich glaube, die junge Xanthomzelle enthält von Beginn ihrer pathologischen Laufbahn an Fett[1]), sei es nun, dass sie dasselbe aus ihrem eigenen Protoplasma in Folge einer ihr aus dem Embryonalleben immanenten und nun wieder durch irgend einen Anstoss ins Leben getretenen Eigenschaft bildet, oder dass sie es von aussen in sich aufnimmt. Mir scheint das Erstere das Wahrscheinlichere zu sein.

[1]) Herr Prof. Cohn glaubt, dass diese Ansicht durch die klinische Beobachtung gestützt sei. In der grossen Zahl von Fällen, welche er sah, hatten stets schon die allerkleinsten Fleckchen die charakteristische citronengelbe Farbe.

Ich neige demgemäss für das Xanthom zu der Cohnheim-schen Theorie der Geschwulstentwicklung aus embryonalen Keimanlagen hin. Könnten bei der Differenzirung der Zellen des Hautblattes des Mesoderma hier nicht Zellen, welche normaler Weise zu gewöhnlichen Bindegewebszellen geworden wären, in ihrer Anlage schon auf die Bahn der Fettzellen gelenkt worden sein? Spräche sich, da unsere Geschwulst besonders an den Augenlidern, die kein subcutanes Fettgewebe enthalten, vorkommt, nicht vielleicht darin die Tendenz aus, auch hier ein fetthaltiges Bindegewebe zu schaffen? Doch ich will mich nicht zu weit auf das Gebiet der Hypothesen wagen.

Mit dieser Annahme einer wahren Geschwulst habe ich zugleich meine Ansicht über die Aetiologie des Xanthoms gegeben. Dass durch eine in Folge einer Allgemeinerkrankung veränderte Säftemischung und durch den hierdurch auf die supponirten Keimanlagen ausgeübten Reiz dieselben vielleicht eher zur Weiterentwicklung kommen, als sie es bei sonst normaler Blutbeschaffenheit gethan hätten, will ich nicht von der Hand weisen. Entstanden wäre jedoch das Xanthom so wie so, ob nun das betreffende Individuum Icterus oder Diabetes bekam oder nicht.

Mit den Resultaten Korach's kann ich mich nicht einverstanden erklären. Abgesehen davon, dass sich bei Icterus kein Gallenfarbstoff in den Retezellen findet, scheint mir die Annahme, dass die membranlosen Körnerhaufen Gallenpigment seien, wenig plausibel. Ich halte sie für nicht vollständig extrahirtes Fett, oder der mehr bräunlichen Farbe wegen für normaler Weise schon vorhandene, oft ziemlich stark vermehrte Pigmentschollen der oberen Cutislagen; diese lassen allerdings keine Membran und nur selten einen Kern erkennen. Die von Korach beschriebenen plumpen Fettschollen in den Papillen sah ich nie, begreife auch nicht, wie sie in den Alkoholschnitten persistiren konnten.

Auf Balzer's Theorie der Entstehung der Xanthomzellen durch Aufnahme zerfallener elastischer Fasern in gewucherte Bindegewebszellen versage ich mir, näher einzugehen. Ich bemerke nur, dass mir ein besonderes Hervortreten des elastischen Gewebes nie auffiel. Die elastischen Fasern spielen bei dem Processe genau dieselbe Rolle, wie die Bindegewebsfasern.



Herrn Prof. Neisser, meinem verehrten Chef, sage ich hier für die Anregung zu dieser Arbeit, sowie für die freundliche Ueberlassung des Materiales den herzlichsten Dank. Ebenso danke ich Herrn Prof. Hermann Cohn für die Bereicherung meines Materiales, sowie für die Bereitwilligkeit, womit er mir seine klinischen Notizen zur Verfügung stellte.

Erklärung der Abbildungen.

Fig. I. (Taf. I.)

Uebersichtsbild aus einem senkrechten Schnitt eines Xanthoma planum (IV b); lappenförmiger Bau. — Combinirte Vesuvin-Indulinfärbung; Alkohol, Nelkenöl, Canadabalsam. — Seibert III, 1.

a Hornschicht. — *b* Rete Malpighii, unterste Lagen pigmentirt. — *c* Obere Cutislagen mit Pigmentschollen und -zellen und wenig kleinen Xanthomzellen. — *d* In Lappen gruppirte Neubildung. — *e* Haar mit Wurzelscheiden. — *f* In ein mit Xanthomzellen angefülltes Maschenwerk umgewandelter bindegewebiger Haarbalg. — *g* Vacuolen der unteren Reteschicht.— *h* Pigmentscholle. — *i* Pigmentzelle. — *k* Arterien als Mittelpunkte der Neubildung. — *l* ditto mit Pigmentzellen und kleinen pigmentirten Xanthomzellen in der Adventitia. — *m* Nerv. — *n* Venen. — *o* Querschnitte von Bindegewebsbündeln und -fasern. — *p* Pigmentirte Xanthomzelle. — *q* Dickere interlobuläre Bindegewebsbündel. — *r* Nach Schwund der Membranen und der trennenden Bindegewebsfaser zusammengeflossene Xanthomzellen mit blassen zerfallenden Kernen. — *s* Zerfallende Xanthomzellen. — *t* Normale Bindegewebskörperchen resp. Lymphraumendothelien. — *u* Lymphkörperchen (dunkelbraun). — *v* Schweissdrüsenausführungsgang. — *w* Uebergangszelle. — *x* Xanthomzelle mit vielen blau gefärbten Kernen.

Fig. II. (Taf. II.)

Schnitt durch ein 3 Mm. grosses Knötchen des Sarcoxanthoma globo-, fuso- et gigantocellulare multiplex (VIII) parallel der Hautoberfläche (Umgebung der grossen Labien). — Combinirte Boraxcarmin-Indulinfärbung; Alkohol, Nelkenöl, Canadabalsam. — Seibert I, 1.

a Hornschicht. — *b* Rete Malpighii. — *c* Vielkernige Xanthomzelle. — *d* Xanthelasmatische Riesenzelle. — *e* Dunkel gefärbte Kerne kleiner runder Sarcomzellen. — *f* Hellere, theils alten, theils neugebildeten Spindelzellen angehörige Kerne. — *g* Helle, mehr epitheloiden Sarcomzellen angehörige Kerne. — *h* Blutgefäss.



Fig. III. (Taf. II.)

Verschiedene Formen von Xanthomzellen und Uebergänge aus Bindegewebskörperchen in solche.

a Bindegewebskörperchen und (entfettete) Uebergangszellen aus einem Schnitte in den oberen Cutislagen eines Xanthoma planum (II b) ziemlich nahe zusammenliegend. — Boraxcarmin; Alkohol, Nelkenöl, Canadabalsam. — Seibert VII, 0.

1. Normales Bindegewebskörperchen. — 2. Pigmentirte Bindegewebskörperchen. — 3. In Wucherung begriffenes, dreikerniges, spindelförmiges Bindegewebskörperchen. — 4. Eben solches vierkerniges, sternförmiges Bindegewebskörperchen. — 5. Pigmentscholle. — 6. Kleine einkernige, spindelförmige Xanthom- (Uebergangs-) Zelle. — 7. Eben solche, rundliche Uebergangszelle. — 8. Grössere, unregelmässige, dreikernige Xanthomzelle.

b Grosse unregelmässige, vierkernige, entfettete Xanthomzelle (V a). — Combinirte Vesuvin-Indulinfärbung; Alkohol, Nelkenöl, Canadabalsam. — Seibert VII, 0.

c Pigmentirte, entfettete Xanthomzelle, noch ziemlich hoch in der Cutis gelegen (II c). — Boraxcarmin; Alkohol, Nelkenöl, Canadabalsam. — Seibert VII, 0.

d Fetthaltige Xanthomzelle, Membran durch theilweise Auflösung der Fetttropfen und Zerfall in Körner stellenweise sichtbar (VII). — Ueberosmiumsäure; Glycerin und Wasser aa. — Seibert VII. 1.

Fig. IV. (Taf. II.)

Xanthelasmatische Riesenzellen (VIII).

a Fetthaltige xanthelasmat. Riesenzelle. (Andeutung von Membran und einigen Kernen durch theilweise Fettauflösung.) — Ueberosmiumsäure; Glycerin und Wasser aa. — Seibert VII, 0.

b Entfettete xanthelasmat. Riesenzelle (Vacuolen im fädig-körnigen Gerüst des Protoplasmas). — Boraxcarmin und Indulinfärbung, Alkohol, Nelkenöl, Canadabalsam. — Seibert VII, 0.

Fig. V. (Taf. I.)

Fetttropfen und verschieden gestaltete Krystalle, theilweise während des Auskrystallisirens aus einem frisch in Glycerin eingelegten Schnitt nach einem halben Jahre (VII, 1). — Seibert VII, 0.



Aus der Universitätsklinik und Poliklinik für Hautkrankheiten und Syphilis des Prof. Neisser in Breslau.

Ueber die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injectionen von Hydrargyrum formamidatum (Liebreich).

Von

Dr. Carl Kopp,

Assistent der Klinik.

Wenn wir es unternehmen, den Werth dieses in die Therapie neueingeführten Mittels zu prüfen, so veranlasst uns dazu einerseits der Umstand, dass die bis heute üblichen Methoden, den Mercur dem Organismus einzuverleiben, theils wegen ihrer nicht zu läugnenden Unbequemlichkeit, theils wegen ihrer Schmerzhaftigkeit oder Unzuverlässigkeit manches zu wünschen übrig lassen; andererseits die warme Empfehlung, mit welcher Liebreich seinem Präparate Eingang in die Therapie zu verschaffen wusste. Unser besonderes Interesse erweckte die physiologisch-chemische Wirkung des Formamides durch die geistvolle theoretische Begründung von Seiten des bekannten Pharmakologen; ausserdem aber konnte er auch über zahlreiche günstig verlaufene Fälle berichten, welche nach der neuen Methode behandelt worden waren, nachdem durch das Thierexperiment die in Betracht kommenden physiologischen Fragen ihre Erledigung, wenigstens theilweise, gefunden hatten.

Es möge erlaubt sein, die bisherigen Behandlungsmethoden einer kurzen Betrachtung zu unterziehen, indem ich hoffe, durch den Vergleich die Vortheile und Nachtheile des neuen Medicamentes besser beleuchten zu können.

In Deutschland erfreut sich die Inunctionskur mehr weniger nach den Vorschriften, wie sie durch v. Sigmund in classischer



Weise gegeben worden, eines allgemeinen und wohlverdienten Rufes. Die Exactheit der Wirkung und die Gefahrlosigkeit der Anwendung liessen selbst die vielfachen Unbequemlichkeiten, mit denen eine Einreibungskur immer verknüpft ist, gering erscheinen. Ihre Nachtheile sind indess immerhin beträchtlich genug, um jenes stete Suchen nach neuen Methoden berechtigt erscheinen zu lassen, welches seit so langer Zeit alle Syphilidologen beschäftigte und nicht nur zu den gewiss rationellen subcutanen Injectionen, sondern auch zu manchen sehr absonderlichen Erscheinungen führte, wie sie uns in der Chromwasser-Behandlung von E. Güntz oder gar in dem fanatischen Antimercurialismus von Hermann gegenübertreten. Die Inunctionen müssen zuweilen wegen heftiger Stomatitis ausgesetzt werden, nachdem sie kaum begonnen haben, Erytheme und Eczeme können deren weiterer Fortsetzung hindernd in den Weg treten, und manche Formen pustulöser Syphilide verbieten diese Methode von Anfang an. Dazu kommt, dass es oft auf Abtheilungen und in der Privat-Praxis sehr schwierig ist, die wirkliche Einreibung der verabreichten Salbe zu überwachen und manchmal werden selbst solche Patienten, welche mit Syphilitischen in einem Saale wohnen, durch die in Folge der Inunctionen mit Quecksilber imprägnirte Luft von typischen Mercur-Intoxicationen befallen. Recidive werden durch die Inunctionskur keineswegs verhindert, vielmehr ist deren Anzahl eine sehr beträchtliche.

Auch die besonders in Frankreich beliebte interne Medication des Mercur in Form von Protojoduret- und Sublimat-Pillen hat mannigfache Nachtheile. In erster Linie ist zu erwähnen die unangenehme Wirkung auf den Verdauungs-Apparat. Auch Stomatitis ist häufig und die Procentziffer der Recidive dürfte sich wenig von der der Inunctionskur unterscheiden. Dasselbe gilt von der Darreichung des Sublimats in Lösung. Dagegen hat die interne Darreichung jedenfalls den grossen Vorzug der Bequemlichkeit.

Von den Quecksilberräucherungen, welche jetzt wohl allseitig verlassen sind, brauchen wir kaum zu sprechen und auch die Sublimatbäder sind nur kurz zu erwähnen, da deren Anwendung sich nur für jene seltenen Fälle eignet, bei denen es sich entweder um lebensfähige hereditär-syphilitische Früchte handelt: dann ist von einer guten Ernährung aber meist mehr zu hoffen, als von den Sublimatbädern, ohne dass wir deshalb dieses therapeutische

Agens vermissen möchten, oder es handelt sich um ausgebreitete pustulöse und ulceröse Syphilide; in diesen Fällen dürfte jedoch das therapeutische Hauptgewicht auf eine energische Jodkalium-Behandlung zu legen sein.

Die Subcutan-Injectionen von Quecksilber-Präparaten waren schon von Ch. Hunter, Hebra, Scarenzio und Berkeley Hill in die Syphilistherapie eingeführt worden, konnten sich jedoch keine verbreitete Anerkennung verschaffen, bis Lewin an einer ausserordentlich zahlreichen Serie von Fällen die Einverleibung des Sublimats auf subcutanem Wege versuchte und auf seine Resultate gestützt mit Wärme empfahl. Seine Erfolge waren so günstige, dass bald allgemein Versuche nach dieser Richtung angestellt wurden, und es schien eine Zeit, dass die Sublimat-Injectionen Lewin's sich die erste Stelle unter den Behandlungs-Methoden der Lues erwerben würden. Bald aber kam ein Rückschlag in diesen Enthusiasmus. Insbesondere war es die grosse Schmerzhaftigkeit, welche zwar von Lewin nicht in dem Maasse zugestanden wurde, aber doch viele Patienten und Aerzte abschreckte. Häufig wurde Abscessbildung beobachtet und wenn es nicht zu Abscessen kam, so bildeten sich doch lange fortbestehende entzündliche Knoten an den Injectionsstellen. Diese Uebelstände zu vermeiden und andererseits den praktischen Nutzen der subcutanen Methode wohl würdigend, gab Bamberger sein Quecksilber-Albuminat und später Quecksilber-Peptonat an, Präparate, die in der That das subcutane Gewebe viel weniger reizen, schmerzloser sind und häufige erfolgreiche Verwendung gefunden haben. Unangenehm ist die leichte Zersetzlichkeit der Lösungen und die Nothwendigkeit, eine viel grössere Zahl von Injectionen zu machen, als dieses nach den Angaben von Lewin mit der Sublimatlösung erforderlich war. Salivation und Stomatitis wurde auch bei diesen Methoden beobachtet und was die Häufigkeit der Recidive anlangt, so will zwar Lewin bei der Sublimatanwendung eine Verminderung derselben gegenüber der Schmierkur beobachtet haben, doch hat bereits Köbner auf die Mängel der Lewin'schen Statistik in dieser Hinsicht hingewiesen und werden wir auf die Schwierigkeiten, welche sich einer befriedigend exacten Recidive-Statistik entgegenstellen, noch später zu sprechen kommen. Auch von einem anderen vor einigen Jahren empfohlenen Quecksilber-Präparat habe



ich günstige Wirkungen während meiner Thätigkeit als Assistenzarzt an v. Ziemssen's Klinik gesehen. Ich meine das Hydr. bicyanat., welches wohl wegen der befürchteten giftigen Nebenwirkungen nur wenig in Gebrauch gezogen wurde. Ich selbst habe keine genügenden Erfahrungen, da das auf interner Klinik vorhandene Material nur klein war; Intoxications-Erscheinungen konnte ich jedoch nie beobachten, das Präparat ist haltbar und die Injectionen verursachen nur wenig Schmerzen. Auch von anderer Seite liegen ähnliche Beobachtungen vor. Ausserdem ist noch zu erwähnen die von Müller-Stern angegebene Modification der Lewin'schen Lösung durch Zusatz von Natriumchlorid, wodurch ein Doppelsalz entsteht, welches Eiweiss nicht fällt und dadurch für die Resorption viel günstigere Chancen bietet. Ich glaube hier die übrigen zur Injection angegebenen Präparate und Modificationen übergehen zu können und genüge es zu constatiren, dass nur die Sublimat- und Peptonat-Injectionen sich länger fortgesetzten Gebrauches und zahlreicher Anwendung erfreuen, deren Mängel jedoch so sehr allgemein empfunden wurden, dass es nicht an häufigen Versuchen fehlte, einen besseren Ersatz zu finden.

Unter diesen hat das Quecksilberformamid insoferne ein mehr als gewöhnliches Interesse zu erwecken vermocht, als die physiologisch-chemische Wirkung desselben durch die theoretische Begründung von Seiten Liebreich's sehr plausibel erscheinen musste und die von ihm erzielten Resultate auch anderweitig Bestätigung gefunden haben, während allerdings Andere keine Vorzüge des Formamides vor dem Sublimat oder Peptonat entdecken konnten. Ich möchte hier nur auf die Verhandlungen in der Berliner med. Gesellschaft [1]) hinweisen, bei denen ein abschliessendes Urtheil allerdings nicht erzielt wurde, indem verschiedene erfahrene Syphilidologen in ihren Ansichten weit auseinander gingen. Während Köbner und Lassar für die Inunctionskur eintraten, betonte Lewin die Vorzüge der Sublimatinjectionen; eigene Beobachtungen, von Liebreich's Versuchen abgesehen, lagen damals aber nur von Köbner vor, diese in sehr geringer Anzahl (3) und waren demnach die vorgebrachten Einwände mehr theoretischer Art.

Im October 1883 wurde auf Liebreich's Anregung der

[1]) Berliner klin. Wochenschr. 1883, Nr. 11 und 12.



Gegenstand neuerdings zur Debatte gebracht [1]). Therapeutische Erfolge waren in der Zwischenzeit publicirt worden in einer Würzburger Dissertation von Fr. Schmitt [2]), über welche ich bereits anderweitig berichtet habe [3]). Ein wesentlicher Vorzug gegenüber dem Quecksilberpeptonat konnte dieser Arbeit zufolge nicht constatirt werden; dagegen schien das Präparat weniger haltbar. Die Schmerzempfindung ist individuell verschieden, im Allgemeinen nicht sehr beträchtlich und es trat nach mehreren (5—7) Injectionen eine Art Gewöhnung ein, so dass die folgenden Injectionen nicht mehr Schmerz bereiteten, als eine gewöhnliche Morphium-Injection. Infiltrationen an der Einstichstelle wurden selten, Abscessbildung nie beobachtet. Die Anzahl der von Schmitt beobachteten Fälle beträgt 51. Lassar konnte über 25 in verschiedenen Phasen der Syphilis von ihm mit dem neuen Mittel behandelte Patienten berichten. Der Erfolg war meist ein positiver, doch gelang es im Verlaufe der Fälle nicht der Formamidinjection Gesichtspunkte abzugewinnen, welche derselben dem bisher benutzten Chlornatrium-Sublimat (Müller-Stern) gegenüber einen Vorrang hätten sichern können. Local wurde sogar die 1%ige Sublimatlösung besser ertragen als Formamid. Letzteres verursachte vielfach das Gefühl von Kribbeln, Ameisenkriechen, lähmende Schwere im Ischiadicusgebiet und wurde von den Patienten mit Bestimmtheit für schmerzbringender erklärt als das Sublimat. Ziemlich regelmässig zeigte sich an der Injectionsstelle entzündliche Reizung.

Bei schweren Luesformen empfiehlt Lassar die gleichzeitige Verabreichung von Jodkalium.

Liebreich, welcher sich aus chemischen Gründen gegen eine combinirte Behandlung mit Formamid und Jodkali ausspricht, vermuthet, dass Lassar eine ganz andere Substanz verwendet hat, da ihm so verschiedenartige Wirkungen sonst nicht erklärlich erscheinen; Formicationen hat er nie beobachtet. Das Peptonat sei chemisch unsicher, daher unpraktischer, obwohl es eigentlich in dieselbe Kategorie wie Formamid gehört.

---

[1]) Verhandl. d. Vereines für inn. Med. Sitz. v. 22. October 1883. — Deutsche med. Wochenschr. 1883, Nr. 44.

[2]) Ueber Behandlung d. Lues mittelst Quecksilberformamidinjectionen.

[3]) Centralblatt für Chirurgie.



Hofmann hat das Mittel in vielen leichten und schweren (?) Fällen mit Erfolg angewandt. Nähere Angaben fehlen. Der Schmerz dauert nach seiner Angabe höchstens 2 Stunden und ist nie so intensiv wie beim Sublimat.

Eine wesentliche Einigung über den Werth des Formamids für die Syphilisbehandlung konnte demnach auch in dieser Verhandlung nicht erzielt werden.

Zeissl jun. [1]), welcher nur über eine geringe Anzahl von Fällen (15) verfügt, konnte bezüglich der Wirkungen und Nebenwirkungen des Präparates einen wesentlichen Unterschied gegenüber den anderen in gleicher Weise verwandten Quecksilber-Verbindungen nicht constatiren.

Finger [2]) theilt aus Neumann's Klinik das Ergebniss von 300 bisher gemachten Injectionen mit. Was den verursachten Schmerz betrifft, scheint das Formamid, das nur sehr geringe Coagulation bedingt, der Albuminat- und Peptonat-Injection gleichzustehen, während Sublimat-Injectionen entschieden unangenehmer empfunden werden. Injicirt wurde stets in die Rückenhaut. Injectionen in die Glutaei werden nach Neumann wohl gut vertragen, die Resorption aber geht von dem an Lymphgefässen armen intermusculären Gewebe viel langsamer von Statten, als von dem an Lymphgefässen reichen subcutanen Gewebe. An den Extremitäten aber seien die Injectionsstellen zu sehr äusseren Irritationen ausgesetzt, welche eine leichtere Abscedirung ermöglichen. Die Resorption und Elimination scheint sehr rasch vor sich zu gehen. Zweimal wurde bereits nach 5 Injectionen heftige Stomatitis beobachtet. Da aber Finger die Accumulation grösserer Mengen von Quecksilber im Organismus für nothwendig erachtet zur therapeutischen Wirkung, so erscheint ihm das Formamid schon aus theoretischen Gründen wenig versprechend. Einen Vorzug vor den andern subcutan angewandten Medicamenten konnte er nicht constatiren. Während leichte maculöse Formen auf 17—25 Injectionen zurückgingen, bedurfte es zur Heilung schwerer Formen 35 bis 45 Injectionen. Insbesondere die Initialsclerosen widerstanden sehr lange. Ein gummöses Hautsyphilid zeigte nach 40 Injectionen

[1]) Wiener med. Presse 1883, Nr. 5 u. 6.

[2]) Centralbl. f. d. ges. Therapie 1883.

nicht den Fortschritt zum Besseren, den 5 Tage einer Kur mit Decoct. Zittmanni erzielten.

Die locale Reaction sei beim Peptonat und Albuminat eine geringere oder gleiche; der einzige Vorzug vor diesen Präparaten bestehe in dem billigen Preise und der grösseren Haltbarkeit [1]).

Die soeben im Auszuge mitgetheilten Urtheile derjenigen Autoren, welche bisher mit dem Formamid Untersuchungen angestellt und dieselben veröffentlicht haben, sind wie man sieht ziemlich widersprechend ausgefallen; es schien mir daher eine nicht ganz undankbare Aufgabe zu sein, den Werth dieses Medicamentes neuerdings, und zwar durch längere Zeit hindurch an einer grösseren Serie von Patienten zu prüfen und es bot sich hiefür die gewünschte Gelegenheit an dem reichen Material der hiesigen Klinik und Poliklinik [2]).

Das Präparat, welches nach Liebreich's Vorschrift in der hiesigen Hospitalapotheke (Dr. Gissmann) durch Behandlung von Quecksilberoxyd mit Formamid dargestellt wurde, zeigt die von Liebreich urgirten Eigenschaften; es lässt durch Ueberschuss von Natronlauge nicht mehr Quecksilberoxyd niederfallen und coagulirt das Eiweiss nicht. Das Quecksilber konnte ausserordentlich schnell im Urin nachgewiesen werden, meist nach der zweiten, zuweilen nach der ersten, immer nach der dritten Injection. Zum Nachweis desselben wurde theils die Elektrolyse, theils die von Fürbringer modificirte Ludwig'sche Methode in Anwendung gezogen. In den tabellarisch mitgetheilten Krankengeschichten finden sich die diesbezüglichen Ergebnisse in der vorletzten Rubrik.

Behandelt wurden im Ganzen mehr als 200 Fälle; da jedoch

[1]) Ferner liegt noch ein Bericht von Róna über 14 von ihm mit Hg form. behandelte Fälle vor (Pester med.-chir. Presse 1883, Nr. 20). Von diesen Patienten haben nur 5 die Cur bis zu Ende geführt, 3 weigerten die weitere Fortsetzung nach der ersten, 5 nach der dritten und 1 nach der neunten Injection wegen grosser Schmerzhaftigkeit. Die therapeutische Wirkung war an sich eine höchst ungenügende; allerdings war die Zahl der gemachten Injectionen eine sehr geringe (2 mal 14, 2 mal 16, 1 mal 20 Injectionen). In 2 von diesen 5 Fällen stellte sich sehr bald Recidive ein.

[2]) Eine vorläufige Mittheilung über unsere damals noch nicht abgeschlossenen Versuche findet sich bei Neisser, „Zur Syphilisbehandlung". Deutsche med. Wochenschr. 1884, 1 u. 2.



eine grosse Anzahl von Pat. aus äusseren Gründen, indem sich dieselben zum Theile noch vor Beendigung der Injectionskur nach erzielter Besserung der lästigsten Symptome der Behandlung entzogen, zum Theile durch unregelmässiges Erscheinen eine genaue Beobachtung unmöglich machten, von unserer Statistik ausgeschlossen werden musste, reducirte sich die Zahl der für diese Arbeit verwertheten Fälle auf 125. Nahezu sämmtliche betreffen die Secundärperiode der Syphilis; die Resultate sind in der anliegenden Tabelle zusammengestellt. Dabei bin ich mir wohl bewusst, dass unsere Behandlungsweise, welche meist eine combinirte war, stringente Schlüsse kaum gestattet. Im Interesse der Patienten konnte sich eine gleichzeitige locale Behandlung der Schleimhautaffectionen, nässender Papeln u. s. w., oder derber Infiltrate (grosspapulöse Syphilide wurden mit gutem Erfolge mit Salicylseifenpflaster mit und ohne Zusatz von Hydrargyrum, Pyrogallol oder Chrysarobin belegt), sowie eine Jodkaliordination bei Spätformen nicht vermeiden lassen, und es ist dabei nur zu schwierig, das erreichte gute oder schlechte Resultat dem einen oder anderen Mittel zuzuschreiben. So ist es ja eine bekannte Erfahrung, dass nässende Papeln unter dem Einflusse des Sublimat in statu nascendi (die beliebte Salzwasser-Calomelbehandlung) auch ohne jede Allgemeinbehandlung zur Involution gebracht werden können, während manche erfahrene Syphilidologen den Gebrauch des Mercur in der Periode der Gummabildung für überflüssig erachten und durch die ausschliessliche Verabreichung des Jodkali und Hebung des allgemeinen Ernährungszustandes die vorzüglichsten therapeutischen Erfolge verzeichnen konnten.

Unsere Statistik beansprucht daher nur einen sehr relativen Werth. Deshalb habe ich auch die einzelnen Krankheitsfälle mit thunlichster Ausführlichkeit berichtet und jederzeit die sonstigen therapeutischen Massnahmen, welche ausser den Injectionen im Interesse der Kranken getroffen werden mussten, eingehend verzeichnet.

Was die Injectionsmethode betrifft, so wurden die meisten Injectionen direct in die Haut der Nates vorgenommen. Die Lösung wurde meist frisch verschrieben (auf 2 Tage) und auf die Reinhaltung der Injectionscanülen und Spritzen die grösste Sorgfalt verwandt. In die Nates geschah die Injection mit senkrecht



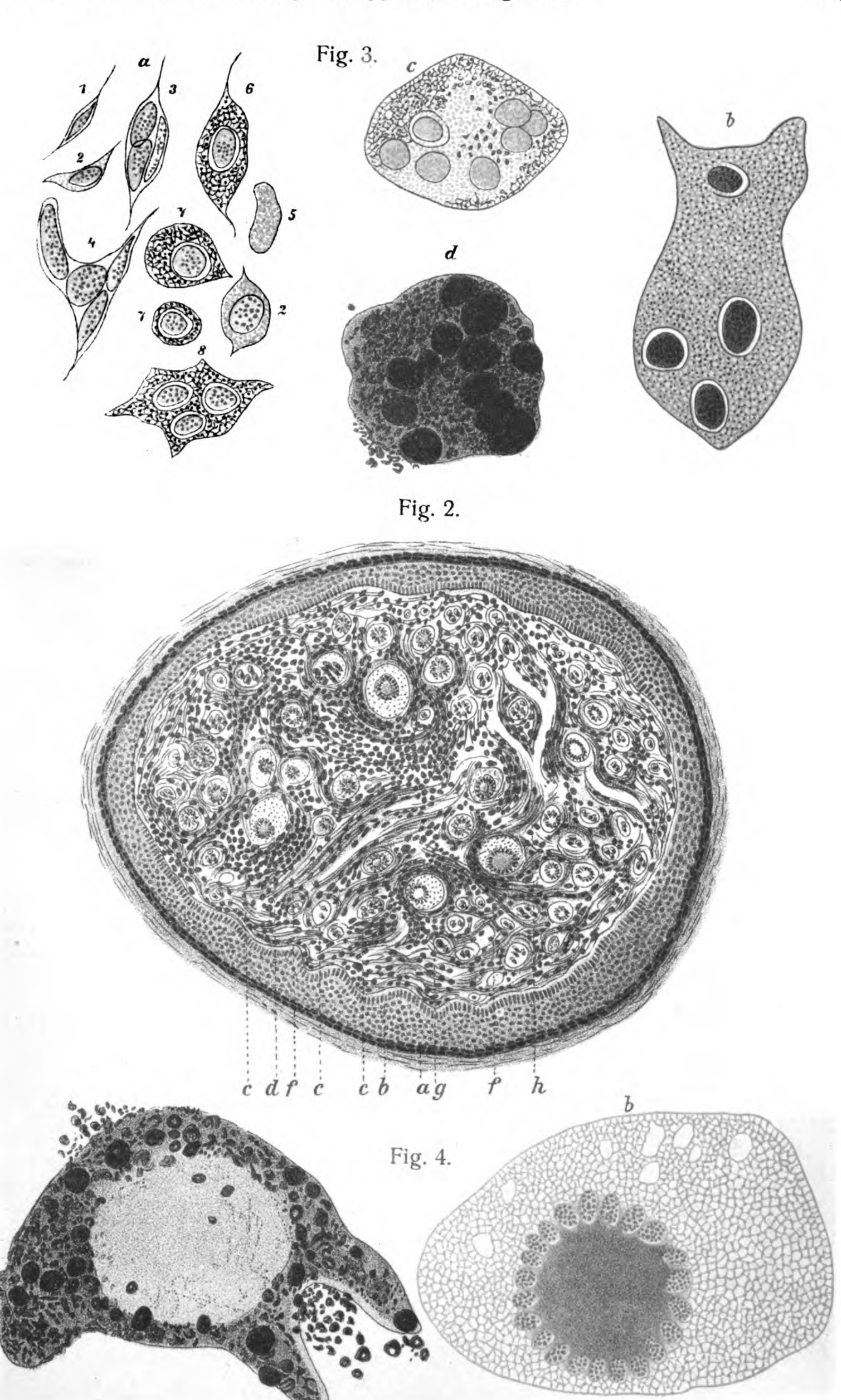
zur Haut gestellter Canüle direct in das subcutane Bindegewebe. Je nach dem Fettreichthume der Individuen und der Dicke der Cutis musste die Canüle natürlich tiefer oder weniger tief eingestochen werden. Durch die Uebung erreicht man in der Handhabung der Spritze rasch eine gewisse Vollkommenheit. Die Injectionen wurden langsam ausgeführt, und das in das Unterhautbindegewebe eingeführte Medicament (meist als deutlich elastischer Knoten fühlbar) nach der Application durch Reibung und Massage der darüber befindlichen Hautpartie mehr zur Vertheilung gebracht.

Einige Injectionen wurden auch in die Haut des Rückens zu beiden Seiten der Wirbelsäule gemacht, doch erschienen uns diese Stellen wegen der damit verknüpften Schmerzhaftigkeit im Allgemeinen weniger geeignet. In denjenigen Fällen, welche eine intensivere Behandlung wünschenswerth erscheinen liessen, wurden täglich zwei, in einem Falle von Iritis sogar täglich 3 Injectionen, à 0,01 Hg formamid. gemacht, ohne dass besondere Nachtheile beobachtet worden wären. Dass die bei jeder Mercurialbehandlung nöthigen Cautelen angewandt wurden, erscheint selbstverständlich. Auch blieben die Patienten zum grossen Theile noch lange nach dem Schwunde der Syphilissymptome in Beobachtung. Dadurch war ich in der Lage, auch der Häufigkeit der Recidive nach Formamid-Behandlung besondere Aufmerksamkeit zu schenken, und dieser schwierigen Frage der Statistik etwas näher zu treten.

Die behandelten Fälle sind in nachfolgender Tabelle zusammengestellt.



Nr. curr.	Name, Alter, Stand	Anamnese	Objectiver Befund
1	Th. Franziska P. p. 20 J. recip. 4. Juni 1883	Infectionszeit unbekannt. Im März und April wegen Papeln an den Genitalien in Behandlung. Damals 19 Inunctionen mit Sapo mercur.	Recidiv. Breite Papeln an den Labien. Plaques muqueuses ad velum et tonsillas. Defluvium cap. Leukopathia colli. (Vgl. Neisser, Ueber das Leukoderma syphilit. Diese Vtljschr. 1883. p. 491.) Th. Calomel-Salzwasser ad pap. madid. Touchiren der Plaques mit Lapislösung
2	W. Emma 24 J. P. p. recip. 5. Novemb. 1883	Infection vor 7 Monaten. Seit 6 Monaten Pap. ad anum. Exanthem wurde nicht beobachtet	Einige breite Papeln ad anum. Keine Schleimhautaffection. Defl. cap. Th. Calomel-Salzwasser ad papulas
3	W. Ida, 19 J. Dienstmädch. recip. 19. März 1883	Infection Anfang April 1883. Damals Inunctionscur. Seit 8 Tagen breite Papeln an den Gen.	Fluor. Nässende Papeln an den Gen. Röthung und Erosionen im Introitus vaginae Deutl. Leukopathia colli. Geringe Tonsillitis. Th. Calomel-Salzwasser ad papul.
4	N. Pauline 24 J. Arbeit. recip. 22. März 1883	Seit 3 Wochen Papeln an den Gen. Kopfschmerz und Defluv. cap. Infect. wahrscheinlich vor 1 Jahr	Leukopathia colli. Allgemeine Drüsenschwellung. Nässende Papeln an den Genitalien. Th. Calomel-Salzwasser
5	W. Wilhelm. 22 J. Dienstmädchen recip. 24. März 1883	Im Juni vorigen Jahres Primäraffect. Seit 14 Tagen Papeln an den Gen. meist nässend, kein Exanthem beobachtet	Deutliche Leukopathie. Halsdrüsen geschwellt. Pharynx frei. Defl. cap. Th. Calomel-Salzwasser
6	B. Agnes 17 J. Schliesserin recip. 13. März 1883	Inf. vor 3 Monaten. Vor 14 Tagen Papeln an den Genitalien. Kein Exanthem beobachtet	Das einzige Symptom sind die nässenden Papeln und die allgemeine Drüsenschwellung. Th. Calomel-Salzwasser
7	Sch. Auguste 23 J. Arbeit. recip. 12. März 1883	Seit Anfang d. J. heftige Kopfschmerzen. Defluv. Halsschmerzen u. Heiserkeit. October vor. Jahres partus. Kind an einem pustulösen Ausschlag vor 17 Wochen gest.	Nässende Papeln an den Genitalien. Kein Exanthem, Pharyngitis und Tonsillitis, Plaques in ore. Th. Calomel-Salzwasser. Touchiren d. Plaques muqueuses mit Sublimatalkohol



TOUTON: Über das Xanthom.

Druck v. Sinsel & Co., G. m. b. H., Oetzsch-Leipzig.

Anzahl u. Dos. der Injection.	Nebenwirkung	Resultat	Hg im Harn nachweisb.	Recidive
30 Inj. à 0,01 In den letzten 8 Tagen wurden täglich 2 Injectionen verabreicht	Injectionen sehr schmerzhaft. Deutl. Knotenbildung an d. Injectionsstellen	Symptome völlig geschwunden. 23. Juni entl.	—	Recidiv 19. Febr. 1884 Pap. ad gen.
30 Inj. à 0,01 Vom 18. Nov. ab täglich 2 Injectionen	Die Injectionen nicht schmerzhaft. Leichte Knotenbildung an d. Injectionsstellen	Symptome geschwunden. 3. Decemb. entl.	—	Recidiv 3. März 1884 Pap. ad gen.
18 Inj. à 0,01 dann 13 Einreibungen mit Ung. hydr. cin.	Die Injectionen sehr schmerzhaft, müssen ausgesetzt werden. Knotenbildung an d. Einstichstellen	7. Mai 1883 geh. entl.	—	21. Jänn. 1884 Recidive Papeln an den Gen.
3 Inj. à 0,01 dann 26 Einreibungen mit Ung. hydr. cin.	Wegen Schmerzhaftigkeit mussten die Injectionen ausgesetzt werden.	geh. entl. 1. Mai 1884	—	
13 Inj. à 0,01 dann 17 Einreibungen mit Ung. hydr. cin.	Wegen Schmerzen u. Beulenbildung mussten die Injectionen sistirt werden	geh. entl. 24. April 1884	—	
24 Inj. à 0,01	Die Schmerzen an den Injectionsstellen dauern 5—7 Stunden an und bilden sich an denselben derbe Infiltrationen	Die Papeln mit Hinterlassung von Pigmentresten abgeheilt geh. entl. 7. April 1883	—	
7 Inj. dann 23 Einreib. mit hyd. cin.	Stomatitis, geringe Schmerzhaftigkeit, keine Knotenbildung	geh. entl. 12. März 1883	—	

Nr. curr.	Name, Alter, Stand	Anamnese	Objectiver Befund
8	L. Anna P. p. 23 J. recip. 7. März 1883	Infectionszeit unbekannt. Vor 5 Wochen Nässen an den Genitalien	Exulcerirte Papeln im Schooss. Maculopapulöses Exanthem Schleimhäute frei. Th. Calomel und Salzwasser
9	H. Meta Bäckerstocht. 3 J. recip. 18. Jänn. 1883	Vater d. Pat. im Sommer 1882 an Lues in Behandlung. Die Untersuchung der Mutter ergibt d. Z. Plaques muq. an Tonsillen, Gaumenbögen und Unterlippe. Das Kind hat bis zuletzt bei der Mutter geschlafen	Introitus vag. geröthet. An den Labien und den umgebenden Partien des Anus zahlreiche grössere und kleinere Papeln. Th. Calomel und Salzwasser
10	F. Ida 30 J. Arb. rec. 1. Febr. 1883	Infectionszeit unbekannt. Seit 3 W. Ausschlag u. heftige Kopfschmerzen Schmerzen im rechten Auge	Papulöses Exanthem. Conjunctiv. dextra. Schleimhäute frei. An den Gen. eine Menge erodirter Papeln. Allgemeine Lymphdrüsenschwellung. Th. Calomel und Salzwasser
11	D. Anna P. p. 20 J. recip. 10. Jän. 1883	Anamnestisch nichts zu eruiren	An der Unterlippe eine 1 Ctm. im Durchm. betragende infiltrirte Stelle. Kein Exanthem. An der l. gr. Labie eine kleine papulöse Efflorescenz. Halsdrüsen stark geschwellt. Kein Kopfschmerz. Kein Defluv. 29. I. deutl. mac. Exanthem
12	B. Valeska 20 J. Dienstmädchen recip. 12. Jän. 1883	Infectionszeit unbekannt. Seit 14 Tagen Nässen an den Genitalien	Am Rumpf verwaschenes Exanthem. Exulcerirte Papeln im Schooss. Pharyngitis und Tonsillitis. Kein Defluv. Kein Kopfschmerz. Th. Calomel und Salzwasser
13	L. Martha P. p. 23 J. recip. 17. Jän. 1883	Anfang Nov. 1882. Papeln im Schoos. 22. Nov. 82. Partus im 7. Monat. Kind todt. Mitte Dez. Exanthem. Vor 8 Tagen wurden weisse Flecke am Halse und Heiserkeit bemerkt	Die l. grosse Labie elephanthiastisch verdickt und derbe infiltrirt. Zahlreiche, theilweise nässende Papeln. Allgemeine Lymphdrüsenschwellung. Pharyngitis Tonsillitis. Th. Calomel und Salzwasser

Anzahl u. Dos. d. Injectionen	Nebenwirkung	Resultat	Hg im Harn nachweisb.	Recidive
21 Inj. à 0,01 dann 9 Einreibungen mit Sapo mercur.	Wegen Schmerzhaftigkeit mussten die Injectionen nach 3 Wochen ausgesetzt werden. Knotenbildung	Die Papeln involvirt. Drüsenschwellung und deutliche Leucopathie restiren. Geh. entl. 25. April 1883	—	
30 Inj. von à 0,005 Hg form.	Keine	Alle Symptome geschwunden. Geh. entl. 16. Febr. 1883	—	
20 Inj. à 0,01	Keine	Exantheme völlig geschwunden. Papeln involvirt. Geh. entl. 23. Febr. 1883	—	
Vom 29. Jänn. an 30 Inj. à 0,01 Hg form.	Keine	Geh. entl. 23. Febr. 1883	—	4. Juni 1883 kommt Pat. wieder mit einem Recidiv in Form eines maculo-elevirten Exanthems; nässende Papeln. Plaques muqueuses. Leukopathie. Defluv. (Inunctionscur)
30 Inj. à 0,01 Hg form. in den Rücken	Schmerzen von der Inj. dauern nur ganz kurze Zeit an	13. Febr. 1883 geh. entl.	—	
23 Inj. à 0,01 Hg form. 10. Februar poliklinisch werden noch 7 weitere Inj. gemacht, demnach in toto 30 Inj.	Keine	Es besteht noch Pharyngitis und Pigmentreste des Exanthems. Die übrigen Symptome geschwunden. Ungeh. entl. 9. Febr. 1883	—	23. October 1883 Recid. Zahlreiche Papeln an den Genitalien. Squamöses Syphilid. Leukopathie. Durch 21 Inj. von Hg form., welche gut vertragen wurden, geh. entl. Mässige Knotenbildung an den Injectionsstellen.

Nr. curr.	Name, Alter, Stand	Anamnese	Objectiver Befund
14	W. Flora 19 J. Näherin rec. 30. Jänner 1883	Infectionszeit unbekannt. Seit 3 Wochen Nässen im Schooss. Seit 14 Tagen Ausschlag. Keine Kopfschmerzen	Nässende Papeln an den Genitalien und am Anus. Papulöses Exanthem. Schleimhäute frei. Kein Defluvium. Th. Calomel und Salzwasser
15	S. Bertha 34 J. Dienstmädch. recip. 3. Jänner 1883	Inf. vor 3 Monaten. Seit 8 Tagen Exanthem. Scabies.	Im Erblassen begriffenes maculo-papulöses Syphilid. Keine Kopfschmerzen, kein Defluv.
16	S. Auguste 24 J. Dienstmädch. recip. 1. Febr. 1883	Infection vor 3 Monaten. Mitte Decbr. Nässen an den Genitalien. Seit 8 Tagen Ausschlag. Seit 14 Tagen Kopfschmerzen	Papulöses Syphilid. Mollusca contagiosa. Schleimhäute normal. Labien und Umgebung mit Papeln bedeckt. Th. Calomel und Salzwasser. Allgemeine Drüsenschwellung
17	D. Hedwig 19 J. P. p. recip. 3. Febr. 1883	Seit 10 Tagen Papeln im Schooss und Ausschlag	Trockene und nässende Papeln an den Genitalien, maculöses Exanthem. Th. Calomel und Salzwasser
18	K. Dorothea 25 J. Arbeit. recip. 16. Jänn. 1883	Seit 8 Wochen Ausschlag. Seit 14 Tagen grosse Lichtscheu und Schmerzen über dem l. Auge in der Stirngegend	Papulöses Sypilid. Linksseitige Iritis mit hinteren Synochieen. Allgemeine Drüsenschwellung. Th. Atropineinträufelung
19	M. Anna 32 J. Arbeit. recip. 5. Febr. 1883	Seit 6 Wochen nässende Papeln zwischen den Zehen und an den Genitalien	Nässende Papeln. Allgemeine Lymphdrüsenschwellung. Leichte Tonsill. Kein Exanth. Th. Calomel und Salzwasser
20	A. Sophie Dienstmädch. 22 J. recip. 10. Jänn. 1883	Seit 14 Tagen Exanthem und Nässen im Schooss. Vor 6 Wochen heftige Kopfschmerzen. Infectionszeit unbekannt	Der ganze Körper mit Ausnahme der Unterschenkel und Hände bedeckt mit einem dichtgedrängten papulo-squamösen Exanthem. Ebenso der behaarte Kopf. Allgem. Drüsenschwellung. An der l. Seite des Sept. nar. ein kleines Geschwür. Th. Calomel und Salzwasser. Nach Beendigung der Injectionen Sublimatgelatine auf die grösseren Infiltrate der Haut. Innerlich Jodkalium, 2,0 pro die

Anzahl u. Dos. d. Injectionen	Nebenwirkung	Resultat	Hg im Harn nachweisb.	Recidive
22 Inj. à 0,01 Hg form.	Sehr geringe Schmerzen an den Injectionsstellen	Geh. entl. 19. Febr. 1883. Alle Symptome geschwunden	—	
30 Inj. à 0,01 Hg form.	Sehr geringe Schmerzen an den Injectionsstellen. Deutliche Knotenbildung in den Nates	Das Exanthem war nach 30 Injectionen noch immer deutlich sichtbar. Schwund desselben nach 4wöchentl. Zittmann-Cur	—	
24 Inj. à 0,01 Hg form.	Keine	Geh. entl. 1. März 1883	—	
23 Inj. à 0,01 Hg form.	Keine	Geh. entl. 24. Febr. 1883	—	24. Mai 1883 Recid. Pap. an den Gen. Leukopathie am Halse. Macul. Exanthem. Schmiercur
30 Inj. à 0,01 ausschliessl. in den Rücken u. die Flanken gemacht	Heftige andauernde Schmerzen und Knotenbildung an den Injectionsstellen	Iritis völlig geschwund. Exanth. flach. u. abgeblasst, aber noch deutlich sichtb. ungeh. entl. 17. März 1883	—	
24 Inj. à 0,01	Keine	Geh. entl. 2. März 1883	—	
30 Inj. à 0,01	Keine	Exanthem um ein Geringes blasser und flacher. Unter Jodkali und Sublimatgelatine langsamer Schwund des Exanthems. Geh. entl. 12. März 1883	—	28. Juni Recid. confluirende Papeln am weichen Gaumen und an den Lippen. Conjunctivitis und Iritis specifica. Schmiercur

Nr. curr.	Name, Alter, Stand	Anamnese	Objectiver Befund
21	G. Minna 25 J. P. p. 26. Februar 1883	Einige Papeln an der r. Labie bestehen seit unbestimmter Zeit	Nässende Papeln an der r. Labie. Kein Exanthem. Mässige Drüsenschwellung. Schleimhäute normal. Am Orific. urethrae papillomatöse Wucherungen. Kein Defluv.
22	K. Therese P. p. 23 J. recip. 15. August 1883	Infection vor 6 Wochen. Nässende Papeln an den grossen Labien seit 14 Tagen	Im Schooss nässende Papeln. Verwaschenes Exanthem im Rücken. Drüsenschwellung, Heiserkeit. Plaques opalines der Mundschleimhaut
23	O. Emma 17 J. P. p. recip. 14. September 1883	Infectionszeit unbekannt. Mac. Exanthem seit 3 Wochen	Maculöses Exanthem, Drüsenschwellung
24	L. Marie P. p. 19 J. recip. 20. October 1883	Oct. 82, Initialsclerose. Darauf pap. Syphilid. Inuntionscur. Recidiv	An der r. Labie eine breite Papel. Zahlreiche Papillomata acuminata. Th. Auskratzen der Papillome mit nachfolgender Jodoformbehandlung
25	K. Marg. 23 J. Arbeit. recip. 15. September 1883	Infectionszeit nicht zu eruiren	Nässende Papeln an den Genitalien. Drüsenschwellung und Leukopathie am Halse Nässende Papel, zw. 4. und 5. Zehe des l. Fusses. Kein Exanthem. Th. Calomel und Salzwasser
26	P. Emma P. p. 19 J. recip. 16. Novemb. 1883	Vor 2 Jahren Infection. 2 mal Inunctionscur	An Genitalien und Anus einige Papeln. L. gr. Labie ödematös. Allg. Drüsenschwell. Verwaschenes Exanthem. Hochgradige Leukopathia colli. Schleimhäute frei
27	J. Therese Arbeit. 24 J. recip. 14. September 1883	Infectionszeit unbekannt. Seit 8 Wochen Hautausschlag	Maculo-elevirtes Exanthem. Plaques muqueuses der Wangenschleimhaut und Lippen. Breite nässende Papeln an den Genitalien. Allgem. Drüsenschwellung
28	B. Louise 25 J. P. p. recip. 24. September 1883	Vor 2 Jahren Papeln an den Gen. Inunctionscur	An Rumpf und Extremitäten mac. Exanthem. An der l. gr. Labie eine exulcerirte Papel. Lymphdrüsenschwellung. Leukopathie. Schleimhaut des Mundes und Pharynx frei

Anzahl u. Dos. d. Injectionen	Nebenwirkung	Resultat	Hg im Harn nachweisb.	Recidive
30 Inject. à 0,01	Die Injectionen sind sehr schmerzhaft. In der Glutaealgegend derbe Infiltrationen	Geheilt entlassen 4. Mai 1883	—	
20 Inject. à 0,01	Keine	Geheilt entl. 5. Sept. 1883	—	
30 Inject. à 0,01	Stomatitis nach 18 Injectionen. Dieselben sind schmerzlos	Geheilt entl. 17. October 1883	—	Recidiv 15. Sept. 1884
11 Inject. à 0,01	Grosse schmerzhafte Infiltration der Glutaealregion beiderseits	Geheilt entl. 5. November 1883	—	Recidiv 23. Juli 1884 Pap. mad.
21 Inject. à 0,01	Leichte Stomatitis	Geheilt entl. 5. October 1883	—	
30 Inj. à 0,01. Vom 20. Nov. ab täglich 2 Injectionen	Keine	Geheilt entlassen 25. December 1883	nach der 1. Inj.	Recidiv 29. Mai 1884 Pap. ad gen.
7 Inject. à 0,01	Keine	Die Pat. ungeh. zur poliklin. Behandl. entlassen zeigt sich nicht wieder	—	
29 Inject. à 0,01	Keine	Geheilt entl. 22. October 1883	—	

Nr. curr.	Name, Alter, Stand	Anamnese	Objectiver Befund
29	B. Valeska 20 J. P. p. 17. Oct. 1883 recip.	Dec. 1882 Inunctionscur	Breite Papeln an den Labien. Schleimhäute frei. Inguinal- und Cervicaldrüsenschwellung. Kein Exanthem. Th. Calomel u. Salzwasser
30	B. Anna 21 J. P. p. recip. 14. Sept. 1883	Vor 3 Jahren Inunctionscur. Seitdem gesund. Seit 14 Tagen recidiv	Breite Papeln an den Genit. Schleimhäute frei. Kein Exanthem
31	N. Johanna Dienstmädchen 22 J. recip. 15. August 1883	Nichts zu eruiren	Papulöses Syphilid. Plaques an den Tonsillen. Primäraffect an d. r. kleinen Labie. Papeln an den Genitalien. Th. Calomel u. Salzwasser
32	St. Bertha Witwe 32 J. recip. 3. October 1883	Infectionszeit nicht zu eruiren	Maculopapulöses Syphilid. Nässende Papeln zwischen den Zehen und an d. Gen. Drüsenschwellung, Kopfschmerz. Th. Calomel und Salzwasser
33	Schw. Marie Kellnerin 23 J. recip. 24. Septemb. 1883	Seit 3 Wochen Ausschlag. Infectionszeit nicht zu eruiren	Grosspapulöses Syphilid. Auf d. r. Tonsille schmutziger Belag. Papeln an d. Gen. Lenticul. Syphilid d. palma man. sin. Th. Calomel und Salzwasser. Die grösseren pap. Efflorescenzen mit einer Mischung von Emplastr. sapon. salicyl. und Empl. hydr. belegt
34	F. Anna 19 J. recip. P. p. 8. November 1883	Nichts zu eruiren	Erodirte Papeln auf d. r. Lab. maj. papul. lenticul. Syphilid. Psorias. palm. syph. Drüsenschwellung. Kein Defluvium

Anzahl u. Dos. d. Injectionen	Nebenwirkung	Resultat	Hg im Harne nachweisb.	Recidive
4 Inj. à 0,01 dann Inunctionscur (16)	Wegen hochgradiger Schmerzhaftigk. und Indur. d. Glutealgeg. müssen die Inject. ausgesetzt werden	Geh. entlassen 27. Nov. 1883	—	
22 Inject. à 0,01	Keine	Geh. entlassen 8. Oct. 1883	—	
25 Inject. à 0,01	Keine Schmerzen, sehr mässige Induration an den Injectionsstellen	Geh. entlassen 5. Sept. 1883	—	12. Nov. 1883 Recidiv. Papeln ad gen. Kopfschmerz, Leucopathia coll. Defluv. Schleimh. frei. Iritis spec., hint. Sinechien, Ciliarneurose. Th. Atropininstillationen Inject. von Hyd. form. à 0,02. Schwitzcur. Nach 10 Inj. Stomatitis. Dieselben wurden ausgesetzt u. einige Tage später wieder aufgenomm. In toto 24 Inj. à 0,01. Hochgrad. Schmerzhaftigk. u. Schwellung d. Nates. Jodkali. Geh. entl. 14. December 1883.
27 Inject. à 0,01	Keine Schmerzen, einige derbe Infiltrationen ad nates	Geh. entlassen 30. October 1883	—	
30 Inject. à 0,01	Keine Schmerzen, keine Indurationen	5. Nov. 1883 geb. zur poliklin. Behandlung entl. Das Exanthem ist bedeutend flacher, persistirt aber noch	—	
30 Inject. à 0,01	Nach der 5. Inj. leichte Stomatitis. Inj. schmerzhaft. Indur. an d. Nates. Die Inj. wurden auf einige Tage ausges. Vom 22. Nov. ab tägl. 2 Inject.	Geh. entlassen 7. Dec. 1883	nach der 2. Inj.	

Nr. curr.	Name, Alter, Stand	Anamnese	Objectiver Befund
35	R. Amanda 26 J. P. p. recip. 28. Nov. 1883	Anfang 83 Inf. Einreibung mit Sapo mercur.	Deutl. Leukopathie. Papeln an d. Genitalien. Rhagade am l. Mundwinkel. Am l. Gaumensegel Belag. Drüsenschwellung. Vom 6. Tage an Touchiren d. Rhagade. Th. Calomel u. Salzwasser
36	B. Martha 18 J. P. p. recip. 28. Dec. 1883	Infectionszeit unbekannt	Papeln a. d. Genit. Tonsillitis. Th. Calomel u. Salzwasser
37	N. Emma 21 J. Arbeit. recip. 13. Jänn. 1883	Infectionszeit unbekannt	Im Introitus vag. und an den grossen Labien zahlreiche flache Geschwüre, Drüsenschwellung. Macul. Exanthem. Gravidität im 8. Monat. Th. Jodoformbehandl. der Geschwüre
38	N. Anna 21 J. P. p. recip. 13. Sept. 1883	Früher mehrmals wegen Lues in Behandlung. 2 mal Inunctionscur à 30 Einr. Hystero-epilepsie Retroflexio uteri	Nässende Papeln a. d. Gen. Tonsillitis. Entzündl. Process der Bartholin'schen Drüse l.
39	N. Max Klempner 23 J. recip. 5. Jänn. 1883	Seit 14 Tagen Ausschlag. Seit 8 Tagen Heiserkeit und Schlingbeschwerden	Kleinpap. Exanthem. Lymphdrüsenschwellung. Tonsillen vergrössert, mit grauweissl. Belag versehen
40	G. Carl 19 J. Schlosser recip. 17. Jänn. 1883	Vor 3/4 Jahren Schanker. Mitte Nov. 82. Exanth. Kopfschmerzen	Nässende Papeln am Scrotum u. Anus. Schleimhäute geröthet, an beiden Mundwinkeln eine kleine Papel. Ulceration der r. Tonsille. Ueber den ganzen Körper verbreitet grossfleckiges Exanthem. Th. Calomel und Salzwasser
41	G. Bruno 26 J. Commis recip. 16. Jänn. 1883	October 82 Schanker. Seit 8 Tagen pap. Exanthem. Schmerzen im Halse	Papul. Exanth. Tonsillen vergrössert, zerklüftet und mit schmierigem Belag bedeckt. Th. Das papulöse Exanth. mit einer Mischung von Empl. sap. salicyl. u. Chrysarobin behandelt

Anzahl u. Dos. d. Injectionen	Nebenwirkung	Resultat	Hg im Harn nachweisb.	Recidive
30 Inj. à 0,01 tägl. 2 Inj.	Inj. etwas schmerzhaft, keine Infiltration d. Nates	Geh. entl. 15. December 1883	Nach d. 2. Inj.	
12 Inj. à 0,01	Keine	9. Jänner 1883 alle Symptome von Lues geschwunden	—	
25 Inj. à 0,01 in den Rücken	Schmerzen dauern etwa 1/2 Stunde	Geh. entl. 9. Februar 1883	—	
5 Inj. à 0,01	Nach jeder Inj. heft. hysterischer Anfall. Opisthotonus bis zur Dauer einer Minute. Inject. sehr schmerzhaft, ausgesetzt	Inunctionscur und Kali bromat. Geh. entl. 5. October 1883	—	
23 Inj. à 0,01 poliklin. weitere 7 Inj.	Keine Schmerzen, keine Infiltration. Leichte Stomatitis nach 30 Inj.	Geh. entl. 4. Februar 1883 Gewichtszunahme	—	
35 Inj. à 0,01 die letzten 22 poliklinisch ad nates, die ersteren in d. Rücken	Die Schmerzen von d. Inj. dauern höchstens 1/2 Stunde	Geh. entl. 23. Februar 1883 Gewichtszunahme	—	
täglich 2 Inj. à 0,01 im Ganzen 40 Inj.	Schmerzen bedeutend, keine Stomatitis, keine Infiltration an den Injectionsstellen	Geh. entl. 27. Februar 1883	—	

Nr. curr.	Name, Alter, Stand	Anamnese	Objectiver Befund
42	L. Josef Arb. 22 J. 29. Jänner 1883	Infectionszeit unbekannt. Seit 9 Wochen Nässen am After	Nässende Papeln ad anum. Lymphadenitis. Kein Exanthem. Schleimhäute frei. Tonsillitis. Therap. Calom. Salzw.
43	Sch. Carl Holzschnitzer 20 J. recip. 29. Jänn. 1883	Infection vor 3 Monaten. Seit 8 Tagen pap. Exanthem. Heiserkeit. Seit 6 Tagen Verengerung der Vorhaut	Papul. Exanthem. Phimosis. Nässende Papeln an Penis u. Scrotum. Lymphdrüsenschwellung. Tonsillitis ulcerosa. Corona venerea Th. Calom., Salzw.
44	W. Gottfried Arbeit. 25 J. rec. 3. Jänn. 1883	Dez. 82. Ulc. dur. Seit wenig Tagen Ausschlag und Kopfschmerzen	Exanth. maculos. Pharyngitis, Lymphdrüsenschwellung. Papul. Efflorescenzen an d. Glans
45	E. Constantin Beamter 38 J. recip. 15. Jänner 1883	Oct. 82 Infect. Nov. Ulc. dur. 10 Hg. — Pillen und Localbeh. Anf. Januar Halsschmerzen und Schlingbeschwerden	Maculo-elev. Exanth. Lymphdrüsenschwellung. Pharyngitis. Ulceröse Tonsillitis. Vom 1. Februar ab Decoct. Zittmanni
46	G. Isidor 16 J. Commis rec. 2. Febr. 1883	Infect. vor 6 Wochen. Seit 8 Tagen fleckiger Ausschlag, Ausgehen der Haare, Kopfschmerz	Macul. Exanthem. Kopfschm., Lymphdrüsenschwell. Sclerose im Sulc. coron. Th. Decoct. Zittmanni
47	O. Paul Arbeit. 29 J. recip. 15. Februar 1883	Seit 10 Wochen Nässen am Anus und an den Genit. Seit 8 Wochen Halsschmerzen. Infectionszeit unbekannt	Nässende Papeln ad an. et gen. Lymphdrüsenschwellung. Schmieriger Belag auf den Tonsillen. Pharyngitis. Th. Calomel u. Salzw.
48	S. August Arbeit. 32 J. recip. 9. Februar 1883	Juli 1882. Ulc. dur. Pap. a. d. Gen. Inunctionscur. Seit 6 Wochen „Blattern" am After und den Genitalien	Breite Papeln an den vorbezeichn. Partien. Lymphdrüsenschwellung. Th. Calomel und Salzw.
49	R. Carl Brauer 25 J. recip. 16. Jänner 1882	Vor 7 Jahren Infect. Damals Inunctionscur. Sommer 82 Kopfschmerzen und fötide Secretion aus der Nase. Jodkali. Seit 14 Tagen Heiserkeit	Pharyngitis. Tonsillen vergrössert. Die laryngoskop. Untersuch. ergibt Schwellung und Röthung beider Stimmbänder. Auf dem l. Stimmbande eine kleine pap. Efflorescenz. Lymphdrüsenschwellung.

Anzahl u. Dos. d. Injectionen	Nebenwirkung	Resultat	Hg im Harn nachweisb.	Recidive
6 Inject. à 0,01	Keine	Geb. wegen Platzmangel verlegt 3. Februar 1883	—	
5 Inject. à 0,01. Dieselben werden ausges. Schmiercur 25 Inject.	Heftige nachhaltende Schmerzen	Gebessert entl. 8. März 1883	—	
27 Inject. à 0,01	Wenig Schmerz, etwa 10 Minuten dauernd	Geheilt entl. 30. Jänner 1883	—	Mitte Febr. recidiv. Mac. Exanthem. Inunctionsc.
Tägl. Inject. von 0,02 im Ganzen 32 Inject. dieser Dosis	Schmerzen dauern höchstens eine halbe Stunde. Keine Infiltration ad nates	Geheilt entl. 23. Februar 1883	—	28. Nov. Recidive. Plaques muqueuses. Jodkali. Touchiren. Weitere Recidive folgten
25 Inject. à 0,01	Keine	Geheilt entl. 8. März 1883	—	
25 Inject. à 0,01	Keine	Geheilt entl. 9. März 1883	—	22. Sept. 1883 Recid. Breite Papeln. Plaques ad tons. Retin. spec. Inunctionsc.
22 Inject. à 0,01	Keine	Geheilt entl. 14. März 1883	—	Bis 21. Juli 1884 keine Recidive
20 Inject. à 0,01	Keine	Heiserkeit besteht fort. Es hat sich auch auf d. anderen Stimmbande eine papulöse Efflorescenz etablirt. An d. r. Seite d. Sept. narium eine erodirte Papel. 15 Inunctionen. Geheilt entl. 22. Februar 1883	—	Jänner 1884 Recidive. Halsaffection. Coryza. Jodkali. Alaun 20 Inunctionen



Nr. curr.	Name, Alter, Stand	Anamnese	Objectiver Befund
50	B. Heinrich 22 J. Knecht recip. 25. Aug. 1883	Seit 7 Wochen Ulcus durum	An Brust und Rücken die Residuen eines fleckigen Exanthems. Lymphdrüsenschwellung Plaques muqu. der Mundschleimhaut. Th. Touchiren mit Lapislös.
51	W. Paul 41 J., Arbeit. recip. 16. Juli 1883	Vor 1 Jahre Primäraffect. 25 Innunction. Seit 4 Wochen Nässen am After und offene Stellen im Munde	Pap. mad. ad anum. Plaques muqueuses. Kein Exanthem. Tonsillitis. Th. Calomel u. Salzwasser. Touchiren mit Sublimatalkohol
52	Sch. Josef Kellner 26 J. recip. 10. März 1883	Infection im Octob. vor. Jahres. Keine Behandl. Seit 4 W. papulo-squamöses Exanthem	Viele blassrothe schuppende Efflorescenzen am Rumpf u. Extremitäten sowie auf d. behaarten Kopfhaut. Lymphdrüsenschwellung. Kein Defluvium. Kein Kopfschmerz. An d. Oberlippe eine kleine Schleimpapel. Ther. Empl. hydr. cin. auf die Efflorescenzen
53	U. Anton Schneider 24 J. recip. 1. März 1883	Dez. 82 harter Schanker. Februar Auftreten eines Ausschlages. Lymphdrüsen seit längerer Zeit geschwellt	Maculöses Exanthem u. allgemeine Lymphdrüsenschwellung. Schleimhäute frei
54	B. Carl, Arb. 28 J. recip. 19. Oct. 1883	Ende Juli Sclerose. Vor 6 Wochen rother Flekkenausschlag und Nässen am After	Paraphimose. Grosse seichte Geschwüre am inneren Blatte d. Präputiums. Mundschleimhaut frei. Nässende Papeln am After. Maculöses Exanthem. Th. Calom. u. Salzw. in den letzten 14 Tagen
55	G. Robert 17 J., Lehrl. recip. 22. Oct. 1883	Inf. vor 6 Wochen. Vor 4 W. Geschwür zwischen Eichel und Vorhaut. Seit 8 Tagen Halsschmerzen. Seit 2 Tagen Ausschlag u. Grinde auf dem Kopf	Gonorrhoe. 2 Primäraffecte im Sulc. coron. Näss. Papeln am Scrotum. Lymphdrüsenschwellung. Kein papulöses Exanthem auch auf d. behaarten Kopfhaut. Fauces geröthet u. geschwellt. Substanzverluste auf den Tonsillen. Psor. syph. plantaris,

Anzahl u. Dos. d. Injectionen	Nebenwirkung	Resultat	Hg im Harn nachweisb.	Recidive
15 Inject. à 0,02	Die Injectionen verursachen lebhaften Schmerz und hinterlassen Indurationen. Während d. Behandlung Auftreten eines acuten Eczems	Es bestehen noch Residuen des Exanthems und Drüsenschwell. Sclerose geschw. Schleimhäute frei. Geb. entlassen 14. Sept. 1883	Hg nach der 2. Inj. im Harn nachweisbar	
25 Inject. à 0,01	Schmerzlos. Geringe Infiltration der Nates	Geheilt entlassen 11. Aug. 1883	—	
Auf d. Klinik 17 Inject. à 0,01 in die Brustseiten * * * bis 15. April weitere 13 Inj. à 0,01	Wenig schmerzhaft. Keine Infiltration * * * Keine	Geb. entlassen zur poliklin. Behandlung. Das Exanthem blässer und flacher 27. März 1883 * * * Geh. entl. 15. April 1883	—	
7 Inject. müssen ausgesetzt werden	Sehr schmerzhaft	Ungeh. entlassen 8. März 1884	—	
30 Inject. à 0,01 Vom 27. Oct. ab täglich 2 Inj.	Die Schmerzen von der Injection dauern etwa eine Stunde lang an. Starke Infiltration an den Injectionsstellen	Geheilt entlassen 3. Nov. 1883	Nach d. 2. Inj.	
20 Inject. in d. Klinik * * * 10 Inject. à 0,01 poliklin.	Dieselben schmerzlos. Keine Infiltration. Keine Stomatitis. * * * Keine	Das Exanthem an den Fussohlen blass aber noch deutlich sichtbar. Zur poliklin. Behandlung entl. 10. Nov. 1883 * * * Alle Symptome geschwunden		

Nr. curr.	Name, Alter, Stand	Anamnese	Objectiver Befund
56	S. J. Bäcker 19 J. recip. 8. Sept. 1883	Seit 3 Wochen Geschwür am Penis und fleckiger Ausschlag seit einigen Tagen bemerkt	Grosses den Sulcus coron. zu zwei Drittheilen umfassendes Geschwür mit indurirter Basis. Beträchtliche indolente Leistendrüsenschwellung. Mac. Exanth. an Brust, Bauch und Oberschenkeln. Th. Empl. hydr. local auf den Ulcus appl.
57	K. Gustav 19 J. Kellner recip. 8. Sept. 1883	Vor 10 W. Gonorrhoe. Seit 4 W. Erosionen an d. Glans penis	Eitriger Ausfluss aus d. phimot. verengten Präputium. Eine erbsengrosse indurirte Stelle an der inneren Lamelle der Vorhaut ist von aussen palpabel. Indolente Inguinaldrüsenschwellung. Am Scrotum zahlreiche, flache, nicht nässende Papeln. Kein Exanthem
58	B. O. Arb. recip. 15. Octob. 1883	Inf. vor 3 Jahren. Seit 3 W. offene Stellen im Munde und nässende Papeln am Anus	Pap. mad. ad an. Plaques muqueuses
59	M. W. 32 J. Bildhauer recip. 17. Sept. 1883	Seit 6 Wochen grosses ovales hartes Geschw. an der Oberlippe 2 kleinere mit Krusten bedeckte Geschwüre an der l. Seite des Kinnes. Seit 3 Wochen ein grosses Geschwür an der Coronalfurche d. Glans	An den oben bezeichneten Stellen finden sich syph. Initialsclerosen. Maculo-papul. Exanthem. Universelle Drüsenschwellung. Pharyngitis. Heiserkeit. Th. Local Behandl. mit Empl. hydrarg. cin.
60	M. Paul 22 J. Schuhmacher recip. 13. Octob. 1883	Vor 14 Tagen Geschwür im Sulcus coron.	Ulcus durum. Maculöses Exanthem. Indolente Leistendrüsenschwellung
61	F. C. 21 J. Schlosser rec. 16. Octob.	Seit 3 Wochen Nässen am After. Infection vor 7 Monaten	Pap. mad. ad an.
62	S. A. 23 J. Schlosser recip. 27. Sept. 1883	Inf. Juli vor. Jahres	Allgem. Lymphdrüsenschwellung. Rheumatische Schmerzen in den Gliedern. Defluv. Plaques muqueuses. Pap. mac. ad anum

Anzahl u. Dos. d. Injectionen	Nebenwirkung	Resultat	Hg im Harn nachweisb.	Recidive
27 Inj. à 0,01	Die Injectionen nicht schmerzhaft. Wenig unbedeutende circumscripte Indurationen. Geringe Salivation	Exanth. geschw. Ulcus überhäutet, fühlt sich noch derb an. Geb. entl. 27. October 1883	—	
14 Inj. à 0,01	Keine	Die Induration am Präp. geschwund. Papeln involvirt. Geh. entl. 1. October 1883	—	
25 Inj. à 0,01	Keine	Geh. entl. 19. Nov. 1883	n. d. 2. Inj.	
40 Inj. à 0,01 in den letzten 14 Tagen wurden täglich 2 Injectionen verabreicht	Schmerzlos. Geringe Infiltration d. Nates. Keine Stomatitis	Die Geschwüre überhäutet, noch derbe. Exanthem flach, in seinen Pigmentresten deutlich sichtbar. Geb. entl. 13. Oct.	—	
32 Inj. à 0,01 in den letzten 5 Tagen tägl. 2 Inject.	Nach d. ersten Einspritzungen heftig reissende Schmerzen in d. Beinen auf der Seite der Injection. Keine Infiltration der Nates	Geh. entl. 23. Nov.	—	
8 Inj. à 0,01	Keine	Ungeh. entl. 24. October 1883	—	
6 Inj. à 0,01 müssen ausgesetzt werd.	Heftige Schmerzen nach den Injectionen durch 4—5 Stunden anhaltend. Keine Infiltration	Ungeh. entl. 8. October 1883	—	



Nr. curr.	Name, Alter, Stand	Anamnese	Objectiver Befund
63	N. F. 26 J. Bäcker recip. 28.Octob.1883	Vor 3 Mon. harter Schanker. Seit einigen Tagen fleck. Ausschlag. Seit 3 Wochen Halsschmerzen	Ulcus durum. Macul. Exanth. Allg. Lymphdrüsenschwellung. Defluv. Tonsillitis
64	L. E. 55 J. Arb. recip. 14. Nov. 1883	Infect. vor 4 Wochen. Seit 14 Tagen Geschwür am Penis im Sulc. coron.	Primäraffect. Maculo-papulös. Syphilid. Indol. Inguinaldrüsenschwellung
65	Sch. P. 19 J. recip. 16. Nov. 1883	Vor 3 Mon. Geschwür am Penis	Papeln zum Theil nässend am Penis u. Scrotum. Im Sulc. coron. eine Sclerose, überhäutet. Maculöses Exanthem. Heftiger Kopfschmerz. Plaq. muqueuses. Th. Calomel, Salzwasser. Touchiren der Plaques
66	Sch. August 27 J. Bäcker recip. 16. Nov. 1883	Inf. unbekannt. Seit 14 Tagen fleckiger Ausschlag	Papulo-sqamös. Exanthem über den ganzen Körper und das Gesicht verbreitet. Papulöse Efflorescenzen an den Genitalien. Allg. Drüsenschwellung. Tonsillitis, Plaques muqueuses
67	K. Alex. 21 J. Uhrmacher recip. 30.Octob.1883	Inf. vor 4 Monaten. 3 Wochen später Ulc. durum. Vor 5 Wochen offene Stellen im Munde und kleine rothe Flecke an den Handtellern	Lymphdrüsenschwellung. Psoriasis palmar. et plant. syph. Plaques muqueuses. Th. Empl. hydr. cin.
68	S. Paul 20 J. Schlosser recip. 7. Nov. 1883	Seit 6 Wochen Geschwür am Penis. Nässen am After, Halsschmerzen, offene Stellen im Munde	Phimose. Zahlreiche Papeln am äussern Präputialblatt. Indolente Leistendrüsenschwell. Am Anus eine nässende breite Papel. Tonsillitis, Plaques muqueuses. Unter d. Vorhaut 2 deutl. Sclerosen palpabel. Th. Calom. u. Salzw. nach 8 Tag.
69	A. Gustav 19 J. Schlosser recip. 25.Octob.1883	Inf. vor 14 Wochen. Ulcus dur. an der Harnröhrenmündung. Vor 14 Tagen Fleckenausschlag	An der Spitze der Glans eine pigmentirte Narbe. Nässende Papeln an Gen. u. After. Mac. Exanth. Plaqu. muqu. Allgem. Drüsenschwellung. Tonsillitis. Th. Calom. u. Salzw. nach d. Inj.

Anzahl u. Dos. d. Injectionen	Nebenwirkung	Resultat	Hg im Harn nachweisb.	Recidive
30 Inj. à 0,01	Leichte Stomatitis, keine Schmerzen, keine Infiltration	Ungeh. entl. 28. Novemb. 1883 dann Schmiercur	—	Bis 31. Juli 84 kein Recidiv.
24 Inj. à 0,01	Keine	Ulcus nahezu überhäutet, Exant. geschwunden. geb. entl. 29. Nov.	n. d. 1. Inj.	
25 Inj. à 0,01	Geringer Grad von Stomatitis, sonst reactionslos ertragen	Geh. entl. 4. December 1883	—	Mitte Juni 84 Recidive Pap. ad anum
täglich 2 Inj. à 0,01 in toto 30 Inject.	Am 9. Tage Stomatitis, keine Schmerzen, keine Knotenbildung	Exanth. abgeblasst und flacher. Nicht geschwunden. Die übrigen Symptome gebessert. Ungeh. z. polikl. Behandl. entl. 1. Dec. 1883 Hyd. in Pillen. Geh. Ende Dec. 83	n. d. 2. Inj.	28. Jänn. 1884 Recidiv. Plaqu. muqu. Jodkali
36 Inj. à 0,01	Mehrstünd. Schmerzen an d. Injectionsstelle, später werden sie besser ertragen. Keine Knotenbildung, keine Stomatitis	Alle Symptome geschwunden m. Ausnahme d. Effloresc. an Hand- u. Fussflächen, welche ganz blass sind. Geh. entl. 6. Dec. 83	—	
30 Inj. à 0,01	Kein Schmerz, keine Knotenbildung, keine Salivation	Geh. entl. 8. Dec. 83 die Phimosis wurde operirt, Heilung p. prim. Nach d. 4. Inj. macul. Exanthem, welches bald wieder schwand	n. d. 3. Inj.	
18 Inj. à 0,01	Keine Schmerzen, keine Infiltrat.	Exanthem gänzl. verwaschen, Pap. abgeheilt, Plaques muqueus. bestehen noch. 10. Nov. zur poliklin. Beh. entl. ungeh. aber geb.	n. d. 2. Inj.	Während der poliklin. Behandl. waren die Symptome, obwohl Pat. sehr unregelmässig erschien, total geschwunden. Bis 24. Juli 1884 kein Recidiv.

Nr. curr.	Name, Alter, Stand	Anamnese	Objectiver Befund
70	Schw. Th. 47 J. Schuhmacher recip. 3. November	Inf. April 1881. Damals 21 Inunction. Ende August angebl. neue Infection. Bald darauf Kopfschmerz; Schmerzen im Halse und in den Gelenken der Finger und Zehen. Hautausschlag seit 8 Tagen	Maculo-papulöses Syphilid. Plaques muqueuses. Tonsill. Lymphdrüsenschwellung
71	G. Gottfried Kutscher 21 J. recip. 6. Nov. 1883	Vor 4½ Monaten am Präput. u. Mons ven. Geschwüre, welche bald verheilten. 6 Wochen später Fleckenausschlag und Halsschmerzen	Am äussern Blatt des Präputiums und am Mons vener. grosse harte Narben. Lenticuläres Exanthem. Indolente Drüsenschwellung. Plaques muqueuses, Tonsillitis. Zwischen 4.—5. Zehe beiderseits schmerzhafte nässende Pap. Th. Calomel und Salzwasser
72	G. Martha verh. 32 J. recip. 6. Jänn. 1883 (polikl.)	In den ersten Wochen der Ehe inficirt. 1 Kind todt geb. 2. starb bald nach der Geburt. 3. Kind lebt, ist rachitisch, 4. Kind gesund. Wahrscheinlich ungenügende Behandlung	Tuberculo-serpiginöses Syphil. an verschiedenen Partien der äusseren Decken, insbesondere an Armen u. Händen. Th. Jodkali, Jodoformsalbe
73	H. Max 24 J. Schlosser rec. 17. Jänn. (poliklin.)	Inf. vor 8 Wochen Primäraffect. Seit 14 Tagen Fleckenausschlag und rheumatoide Schmerzen. Bisher 30 Pillen von Hg jod. flav.	Primäraffect im Sulc. coron. Macul. Exanthem. Lymphdrüsenschwellung, Pharyngitis
74	H. Paul 30 J. Schlosser rec. 17. Jänn (poliklin.)	Inf. Nov. vor. Jahres Anf. Decbr. Fleckenausschlag	Maculöses Exanth. Papeln an Mundwinkel, Gaumen und Tonsillen. Leukopathia colli
75	B. Alois Klempner 29 J. recip. 6. Octob. 1883 (poliklin.)	Infect. vor 5 Jahren	Serpiginös-ulceröses Syphilid auf der l. Fusssohle. Th. Jodkali, Empl. hydr.
76	B. Otto 25 J. Schlosser rec. 24. Sept. 1883 (poliklin.)	Seit 8 Tagen Ulcus dur. im Sulc. coron.	27. October Exanthem. mac. Primäraff. Lymphdrüsenschwellung. Halsaffection

Anzahl u. Dos. d. Injectionen	Nebenwirkung	Resultat	Hg im Harn nachweisb.	Recidive
6 Inj. à 0,01 auf d. Klinik	Keine	Ungeh. zur polikl. Behandlung entl. 10. Nov. 1883	n. d. 2. Inj.	
In der Klinik 17 Inj. à 0,01 dann poliklin. tgl. 2 Inj. à 0,01 bis 5. Dec. 35 Inj. Nachbeh. mit Jodkali	Die Inj. schmerzen Anfangs lebhaft, später minimal. Keine Infiltrat.	Geb. zur poliklin. Behandlung entl. 21. Nov. 1883 Geh. entl. 28. Dec. 1883	—	
40 Inj. à 0,01	Keine	Geh. entl. 26. Februar 1883	—	Bis 21. Juli 1883 keine Recidive
35 Inj. à 0,01	Keine	Geh. entl. 26. Februar 1883	—	30. Mai Recid. Halsaffection. Touchiren
30 Inj. à 0,01	Keine	Geh. entl. 16. Februar 1883	—	30. Apr. Recid. Pap. ad anum. Prodojoduret
30 Inj. à 0,01	Keine	Geh. entl. 10. Nov. 1883	—	22. Dec. Recid. an d. gl. Stelle Jodkali
35 Inj. à 0,01	Wenig Schmerzen. Geringe Infiltrat. d. Nates. Keine Stomatitis	20. Nov. geh. entl.	—	8. Dec. Recidiv. Papulo-squamös. Syphil. Schleimhautaffection. Prodojoduret-pillen, dann Jodkali

Nr. curr.	Name, Alter, Stand	Anamnesé	Objectiver Befund
77	K. Rudolf 26 J. Kaufm. rec. 11. Oct. 83 (poliklin.)	Sept. 1883. Geschw. am Präput. mit harter Narbe geheilt	Indolente Drüsenschwellung. Exanthem. Tonsillitis, Plaq. muqueuses
78	K. Christine Arbeitersfrau 27 J. recip. (poliklin.)	Inf. unbekannt. Vor 6 Wochen Part. praemat. Kind todt. Rheumatoide Schmerzen	Mac. Exanth. Allgem. Drüsenschwell. Defluvium cap.
79	B. Theodor Bürstenmach. 23 J. recip. 2. Nov. 1883 (poliklin.)	Inf. unbekannt. Hautausschlag seit mehreren Wochen	An der Stirne eine breite, flache, harte, schmerzhafte Geschwulst. (Periost. spec.) Diffus über den Körper verbreitetes papulös. Syphilid. Drüsenschwellung. Nachbehandl. Jodkali
80	D. Emil Schuhmacher 25 J. recip. 14. Dec. 1883	Inf. vor 2 Jahren. Keine Behandl.	Macul. Exanthem. Gonorrhoe. Seichte Erosionen d. Glans pen. Indol. Lymphdrüsenschwellung
81	M. Franz 24 J. Schuhmacher recip. 11. Dec. 1883	Seit 7 Wochen Phimosis und Auftreten einer sclerosirten Stelle am Rande des Präputium	Flache, trockene Papeln am Anus und an d. Genitalien. Mac. Exanth. m. pap.-squam. Efflor. untermischt. Drüsenschwellung, Tonsillitis, Pharyngitis, Plaq. muqueuses. Th. Op. d. Phimose
82	St. Carl Schuhmacher recip. 8. Nov. 1883	Inf. vor 9 Wochen. Seit 6 Tagen Flecken am Körper	Sclerose im Sulc. coron. Mac.-papul. Exanth., l. fluctuir. Bubo. Th. Op. d. Bubo
83	O. Caroline P. p. 17 J. rec. 3. Nov. 1883	Inf. unbekannt. Nässen im Schoos seit 8 Tagen	ad genit. eine Menge nässender Papeln. An der hinteren Commissur ein 5pf.-Stück grosses Ulcus mit unterminirt. Rändern. Verwaschenes Exanth. Allg. Drüsenschwell.
84	Ph. Caroline Köchin 22 J. recip. 24. Sept. 1883	Seit 14 Tagen Blattern an den Gen. Inf. unbekannt	Nässende Papeln an d. Genital. An d. hinteren Commissur ein Ulcus. Kein Exanthem. Allgem. Drüsenschwellung. Pharyngitis, kein Defluv. Th. Calom. u. Salzwasser

Anzahl u. Dos. d. Injectionen	Nebenwirkung	Resultat	Hg im Harn nachweisb.	Recidive
35 Inj. à 0,01	Keine	1. December 1883 geh. entl.	—	17. Dec. Recidiv. Pap. Syphilid im Gesichte, Ulcer. im Rachen, Prodojoduret, dann Jodkali
30 Inj. à 0,01	Schmerzhafte Infiltration der Nates. Mässige Salivation	Geh. entl.	—	7. Jänner 1884 Recidiv. Defluv. Einige papulöse Efflorescenzen an Hals u. Nacken Jodkalium
30 Inj. à 0,01	Leichte Stomatitis	1. December 1883 geh. entl.	—	12. Jänner 1884 Recid. Auf der r. Tonsille flaches Ulcus. Kopfschm. Schmerz. i. Halse. Mac. Exanthem. Hyd. oxyd. tann. Nach 8wöchentl. Behandlung geh. entl. 29./5. chron. Gonorrhoe, keine Sympt. von Lues
25 Inj. à 0,01 anfangs 1 dann 2 pro die	3—10 Stunden andauernde ziehende Schmerzen in den Beinen nach d. Inj.	Geh. entl. 2. Jänner 1884	nach dem 2. Tage	
20 Inj. à 0,01 dann noch 10 Inj. poliklin.	Mässige ziehende Schmerzen in den Beinen nach d. Inj.	15. Jänn. geh. entl.	nach dem 3. Tage	18. Febr. Rec. Mundschleimhautaffection. Hydr. oxyd. tann., dann Jodkali
30 Inj. à 0,01	Wenig Schmerzen, keine Infiltration	21. Dec. 1883 geh. entl.	—	Bis 21. Juli 1884 kein Recidiv
30 Inj. à 0,01	Schmerzen von der Inject. sehr lebhaft, aber von geringer Dauer. Geringe Anzahl von Knoten an den Injectionsstellen	Exanthem vollständig verschwunden. Die Papeln, welche absichtlich nicht local behandelt worden waren, bestanden unverändert fort. Dieselben wurden nachträglich durch Sublimatalkohol zur Heilung gebracht	nach der 1. Inject.	Bis 24. Juli 1884 kein Recidiv
27 Inj. à 0,01 die letzten 7 poliklin.	Schmerzlos, keine Infiltration	28. Nov. geh. entl.	nach der 2. Inject.	

(Schluss folgt im nächsten Hefte.)



Aus dem anatomischen Institut des Prof. v. Langer in Wien.

Beitrag zur Anatomie des männlichen Genitale.

Von

Dr. E. Finger,

Univ.-Docenten für Syphilis und Hautkrankheiten.

(Hiezu die Tafeln III, IV, V und VI.*)

Die vordere zwiebelförmige Auftreibung des penis, die glans, ist der Hauptsache nach eine Ausweitung des corpus cavernosum urethrae, die man sich nach Langer als eine manchettenförmige Umstülpung desselben vorzustellen hat, welche die conischen Stümpfe der beiden corpora cavernosa penis deckt. Der pars pendula entlang laufen ja die drei corpora cavernosa, die beiden corpora cavernosa pensis als obere und seitliche, das corpus cavernosum urethrae als unteres, mittleres, als cylindrische Körper parallel neben einander und an diesem Verlaufe ändert sich auch dann nichts, wenn dieselben in die glans eintreten. Nur geben die corpora cavernosa penis nach ihrem Eintritt unter das corpus cavernosum glandis ihre cylindrische Form auf und nehmen, durch allmähliche Verjüngung ihres Endes eine conische Gestalt an. Das corpus cavernosum urethrae dagegen erleidet an seiner unteren Seite eine median verlaufende Spaltung, die so weit als die basis frenuli reicht und auch durch das frenulum verschlossen wird. Gleichzeitig wird das corpus cavernosum urethrae manchettenförmig nach oben und seitlich über die conischen Stümpfe der corpora cavernosa penis umgeschlagen, so das corpus cavernosum glandis bildend; „es entspricht daher die äussere Oberfläche der

*) Die Benutzung der Tafeln wurde von Seite der kaiserl. Akademie der Wissenschaften freundlichst bewilligt.



Eichel der inneren, aber nach aussen umgeklappten Röhrenwand der urethra (Langer)."

Sowohl das corpus cavernosum urethrae, als insbesondere die corpora cavernosa penis werden von einer straffen, gefässarmen, bindegewebigen Scheide eingehüllt, die ja durch den elastischen Widerstand, den sie der Füllung des corpus cavernosum entgegensetzt, eben die Rigidität der corpora cavernosa bei der Erection bedingt. Diese Hülle, die tunica albuginea, begleitet die corpora cavernosa penis auch bei ihrem Eintritt unter die glans, sitzt ihnen am conischen Ende dütenförmig auf, um über dieses hinaus das corpus cavernosum urethrae noch strangförmig bis gegen das orificium urethrae zu begleiten.

Während dieses Verlaufes gibt die tunica albuginea eine Reihe bindegewebiger Abzweigungen ab, deren eine in den sulcus coronarius geht und die straffe Anheftung der Bedeckung desselben an die corpora cavernosa bedingt, während andere in das corpus cavernosum glandis eingehen und dessen Stützgewebe verstärken, einige Faserzüge endlich bis an das orificium urethrae verlaufen und sich auf die äussere Fläche des corpus cavernosum glandis umschlagen.

Gedeckt wird das corpus cavernosum glandis von einer cutis, welche als directe Fortsetzung der Schleimhaut der urethra am orificium urethrae beginnt, die Glans überzieht, um im sulcus coronarius in das innere Blatt des Präputium überzugehen.

Die Bedeckung der glans nun besteht, von innen nach aussen gehend, zunächst aus einer sich vom corpus cavernosum glandis vollständig streng absondernden, $^1/_2$—$1^1/_2$ Mm. breiten Schichte straffen, ziemlich viel elastische Fasern führenden Bindegewebes, welches sich, vom sulcus coronarius kommend, über die corona glandis schlägt, das corpus cavernosum glandis deckt und bis an das orificium urethrae zieht. Verstärkt wird diese Schichte durch Faserbündel, die aus dem corpus cavernosum glandis sich ihr anschliessen, sowie durch jene Fortsätze der tunica albuginea corporis cavernosi penis, die am orificium urethrae sich über das corpus cavernosum glandis schlagen und oben erwähnt wurden.

Die Faserrichtung dieser, wie auch die später zu besprechende Gefässvertheilung zeigt, dem stratum reticulare cutis entsprechenden Schichte ist überwiegend vom sulcus coronarius radiär gegen das orificium urethrae gerichtet, welchem Verlauf auch die Spalt-



richtung entspricht, die nach Langer eine vollkommene ist und gegen das orificium urethrae verläuft, sowie auf diesen Faserverlauf auch der Umstand zurückzuführen ist, dass bei der Erection der Breitendurchmesser der glans gegenüber dem Längendurchmesser bedeutender zunimmt, indem bei der Erection die Faserbündel sich eben fächerförmig auseinander schieben, sowie endlich die Bedeckung der glans im flacciden Zustand immer eine Reihe feiner, vom sulcus coronarius gegen das orificium urethrae verlaufender Runzelchen darbietet, die durch Zusammenschieben der Faserbündel gebildet werden.

Dieser Schichte folgt ein stratum papillare, das aus reichlichen, an der corona glandis schmalen und hohen, zottenförmigen, gegen die Spitze der Glans breiter und niedriger werdenden Papillen besteht, über denen endlich das Rete Malpighi und eine sehr dünne, nur aus 2—3 Lagen platter Zellen bestehende Hornschichte hinzieht. An der corona glandis, wo die Papillen gross sind, wird der Zwischenraum derselben nicht selten nicht vollständig von Retezellen ausgefüllt, sondern diese und die Hornschichte bekleiden jede Papille einzeln, woraus das mehr weniger feinwarzige Aussehen der corona glandis entsteht. Am orificium urethrae werden die Papillen wieder etwas länger, nehmen gegen die urethra an Länge successive ab, bis sie sich in der Fossa navicularis verlieren.

Meine besondere Aufmerksamkeit war bei diesen Untersuchungen auch auf die Drüsen der glans und des sulcus coronarius gerichtet. Trotz der relativ grossen Zahl von untersuchten Objecten — ich habe 14 männliche Genitale injicirt und geschnitten — gelang es mir jedoch weder an der glans noch im sulcus coronarius Drüsen nachzuweisen. An der Glans, einmal um das Orificium, und an den Labien der Urethra, dann aber insbesondere an der corona glandis finden sich manchmal in grösserer Zahl Crypten vor, einfache muldenförmige Einsenkungen, wie Impressionen, die von Papillen und darüber hinziehender Epidermis bedeckt und wenn enge, mit abgestossenen Epidermisschollen erfüllt sind. In grösserer Zahl fand ich solche Crypten auch im sulcus coronarius und die sogenannten Tyson'schen Drüsen, wie sie insbesondere zu beiden Seiten vom Frenulum in den Nischen desselben vorkommen, sind nichts als solche schlauchförmige aber



von Papillen und Epidermis, nicht aber von secernirendem Epithel ausgekleidete Crypten.

In zwei der von mir untersuchten Fälle gelang es mir Lymphfollikel im sulcus coronarius nachzuweisen, runde und rundliche, für das freie Auge kaum stecknadelkopfgrosse Anhäufungen lymphathischen Gewebes von einem dichten Netz von Capillaren umschlossen und durchsetzt, zu denen ziemlich weite, dünnwandige, von einer einfachen Epithelschichte ausgekleidete Lymphgefässe hinziehen. Diese Follikel finden sich im sulcus coronarius nur sehr sporadisch, dagegen zu mehreren um die sogenannte Tyson'sche Drüse, liegen im stratum reticulare, ja reichen oft bis in das stratum papillare, die Basis einer oder zweier der hier ziemlich langen und breiten Papillen einnehmend.

Interessant sind die Vascularisationsverhältnisse der eben beschriebenen cutis glandis und des sulcus coronarius. Beginnen wir bei letzterem, so finden wir an diesem, sowie an der inneren Lamelle des Präputium feine Gefässstämmchen, die in ziemlich grosser Menge aus dem subcutanen Gewebe steil aufsteigen, sich spitzgabelig theilen und eine kleine Zahl von darüber befindlichen Papillen mit Schlingen versorgen. Dasselbe Verhältniss finden wir am Uebergang vom sulcus coronarius zur corona glandis und auf dieser selbst. Auch hier sehen wir wieder eine grosse Zahl von steil aus der Tiefe aufsteigenden, theils aus dem subcutanen Gewebe des sulcus coronarius, theils aus dem Balkenwerk des corpus cavernosum der corona glandis kommenden Gefässe, die nur kleine Bezirke, wenig Papillen versorgen. Kaum über die corona glandis hinaus ändern sich diese Verhältnisse sehr rasch. Wir finden, dass die Zahl der Gefässe, die jetzt sämmtlich aus den Balken des cavernösen Gewebes kommen und die Cutis mit Blut versorgen, geringer wird, dagegen jedes einzelne Gefäss sich vielfach stumpfgabelig theilt und eine grosse Menge von Papillen versorgt, einen grossen Verbreitungsbezirk besitzt. Die Gefässe, die aus dem corpus cavernosum kommen, durchsetzen die untere Schichte senkrecht oder leicht korkzieherartig gedreht, geben hier keine Gefässe ab, um in der oberen Schichte um so dichter sich zu verzweigen und jeder einzelne Gefässbaum bekommt eine grosse Aehnlichkeit mit einer Pinie.

Die früher erwähnte Sonderung der cutis glandis in 2 Schich-

ten bekommt durch diese eigenthümliche Gefässvertheilung recht ihre Begründung. Auf guten Injectionspräparaten, — ich verwendete Berlinerblau und Carminleim, der mittelst Hering'schen Apparates injicirt wurde — sieht man auf Durchschnitten durch die Glans, nach aussen vom corpus cavernosum glandis zwei sich deutlich differenzirende Schichten, eine innere, dem corpus cavernosum nähere, fast gefässlose, nur von wenigen kurzen, unverzweigten Gefässstämmchen gekreuzte und eine äussere, sehr gefässreiche Schichte, die dann die Epidermis trägt. Die Breite dieser beiden Schichten unterliegt grossen subjectiven Schwankungen, beträgt im Mittel $^1/_2$—$1^1/_2$ Mm. stets aber, auch wenn die beiden Schichten sehr schmal sind, treten sie als deutlich differenzirte Schichte auf und entsprechen in jeder Beziehung dem stratum reticulare und papillare der Cutis. Es besitzt ja überall an der Haut des stratum reticulare kein ihm eigenes Blutgefässnetz, der Gefässreichthum desselben wird vielmehr dadurch bedingt, dass die in demselben eingelagerten Schweiss- und Talgdrüsen eigene Capillarnetze besitzen. Wo aber, wie an der Glans, diesem Stratum alle drüsigen Adnexe fehlen, dort muss die Armuth desselben an eigenen Gefässen deutlich zu Tage treten und wird nur dort wieder mehr verdeckt, wo, wie an der corona glandis, die reichlichere Vascularisation des stratum papillare, bei relativ geringem Verbreitungsbezirke der einzelnen Gefässe es mit sich bringt, dass viele Gefässe das stratum reticulare kreuzen und dem stratum papillare zustreben, aber auch hier ohne viele Aeste an das erstere selbst abzugeben. Aehnliche Verhältnisse finden wir auch am orificium urethrae. Den Labien der Urethra entsprechend steigen, gleich wie an der Corona glandis, Gefässe in grösserer Zahl aus dem corpus cavernosum auf, die mit wenigen spitz abzweigenden Aesten nur kleine Verbreitungsbezirke versorgen.

Am Frenulum gestalten sich die Verhältnisse derart, dass die corona glandis, die als Begrenzung der Frenularnische beiderseits schief gegen die hintere Commisur der Harnröhre aufsteigt, die früher für sie geltenden Vascularisationsverhältnisse beibehält. Das Frenulum selbst hat ein ziemlich dichtes Netz capillarer Gefässe, aus denen Schlingen in die Papille aufsteigen. Insbesondere dicht wird dieses Netz um die sogenannte Tyson'sche Drüse. Wir haben ja diese als einfache, von Cutis ausgekleidete, sack-



artige Einstülpung der Bedeckung des sulcus coronarius kennen gelernt. Die Papillen dieser Cutis sind lang, zottenförmig und jede von einer fast bis an die Spitze reichenden Schlinge ausgefüllt, die unter den Papillen in ein reiches, engmaschiges Capillarnetz übergehen, das auch die im stratum reticulare gelegenen Lymphfollikel umspinnt.

Was die Lymphgefässe der glans penis betrifft, die mittels Einstich und Injection von Berlinerblau mittels Pravaz'scher Spritze mir darzustellen gelang, so stellen dieselben, wie überall, ein in sich abgeschlossenes Röhren- und Netzwerk dar, das eine dem Blutgefässnetz ähnliche Anordnung und Vertheilung darbietet. Einen Zusammenhang der Lymphgefässe mit Bindegewebsspalten, Saftkanälen oder den interepithelialen Lücken des Rete Malpighii konnte ich nicht nachweisen. Wir haben, was die Vertheilung der Lymphgefässe betrifft, ähnlich wie an der Haut zwei Netze zu unterscheiden. Das obere derselben liegt im stratum papillare, etwas tiefer als das Blutgefässnetz, ist dicht- und engmaschig und sendet in jede Papille eine Schlinge, die aber nicht so hoch als die Blutgefässschlinge derselben Papille hinaufreicht. Unter diesem findet sich in dem blutgefässarmen stratum reticulatum ein zweites Netz grobmaschiger, weiter Lymphgefässe, die auch stellenweise in zwei Etagen über einander liegen und mit den oberen durch kurze Querarme verbunden sind.

Herrn Hofrath Professor Ritter v. Langer, sowie Herrn Docenten Dr. Rabl, Assistenten am anatomischen Institute, sage ich für die Unterstützung und Förderung meiner Untersuchungen den wärmsten Dank.

Erklärung der Abbildungen (Taf. III, IV, V und VI).

Fig. 1.

Längsschnitt durch die Glans und das Präputium bei Loupenvergrösserung.

a Conisches Ende des Corpus cavernosum penis.

b Tunica albuginea desselben, geht über das Corpus cavernosum penis hinaus und gibt bei



c Einige Abzweigungen ab, die das Corpus cavernosum glandis durchsetzen und zur Verstärkung
d Der Cutis glandis beitragen.
e Präputium.
f Corpus cavernosum glandis.

Fig. 2.

Längsschnitt durch die vordere Hälfte und das Labium orificii urethrae glandis. Seibert Oc. I. Obj. IV.

a Das Labium der Urethralöffnung mit den reichlichen schlanken Gefässbäumen, deren jeder nur wenige Papillen versorgt.
b Cutis glandis mit
c Der äusseren reichlich vascularisirten Papillar- und
d Der inneren gefässarmen Reticular-Schichte.
e Pinienähnlicher Gefässbaum der Cutis glandis mit grossem Verbreitungsbezirk.
f Corpus cavernosum glandis.
g Schleimhaut der Urethra.
h Morgagni'sche Tasche.

Fig. 3.

Längsschnitt durch den Sulcus coronarius und die Corona glandis bei gleicher Vergrösserung.

a Corona glandis,
b Sulcus coronarius,
c Lamina interna praeputii, mit ihren reichlichen schlanken Gefässbäumchen.
d Pinienartiger Gefässbaum.
e Gefässreiche Stratum papillare.
f Gefässarme Stratum reticulare.
g Lymphfollikel.
h Corpus cavernosum glandis.

Fig. 4.

Der Lymphfollikel g bei stärkerer Vergrösserung Seibert Oc. II. Obj. VI.
a Blutgefässe.
b Zu- und abführende Lymphgefässe.

Fig. 5.

Durchschnitt durch die Cutis glandis mit den injicirten Blut- (roth) und Lymphgefässen (blau) Seibert Oc. I. Obj. IV.
a Stratum papillare mit dem höher in die Papillen ragenden Blut- und dem tiefer gelegenen Lymphcapillarnetz.
b Das blutgefässarme Stratum reticulare mit dem tiefen Lymphgefässnetz.



Fig. 6.

Durchschnitt durch die Tyson'sche Drüse, die sich als schlauchförmige Einbuchtung der Cutis, ohne secernirendes Parenchym darstellt, also keine Drüse, sondern eine Crypte ist.

a Das dichte, die Crypte umspinnende Capillarnetz.

b Lymphfollikel.

Fig. 7.

Flächenschnitt der Cutis glandis mit injicirten Blut- (roth) und Lymphgefässen (blau) Seibert Oc. I. Obj. III.

a Rete Malpighi

b Papillae cutis.

Fig. 8.

Das tiefe Lymphgefässnetz des blutgefässarmen Stratum reticulare von der Fläche. Blutgefässe roth, Lymphgefässe blau. Seibert Oc. I. Obj. III.



Fig. 1.

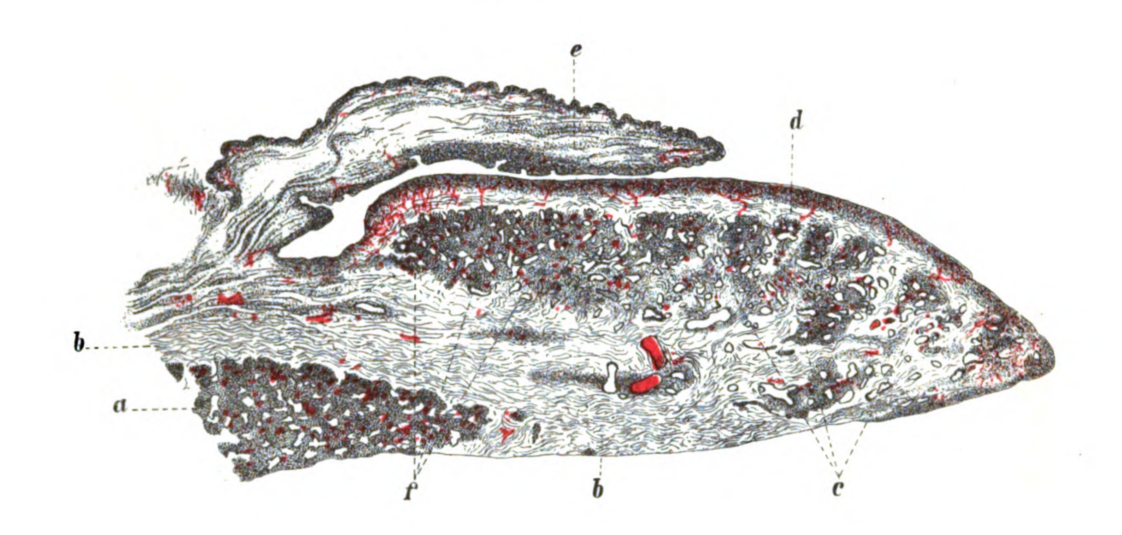
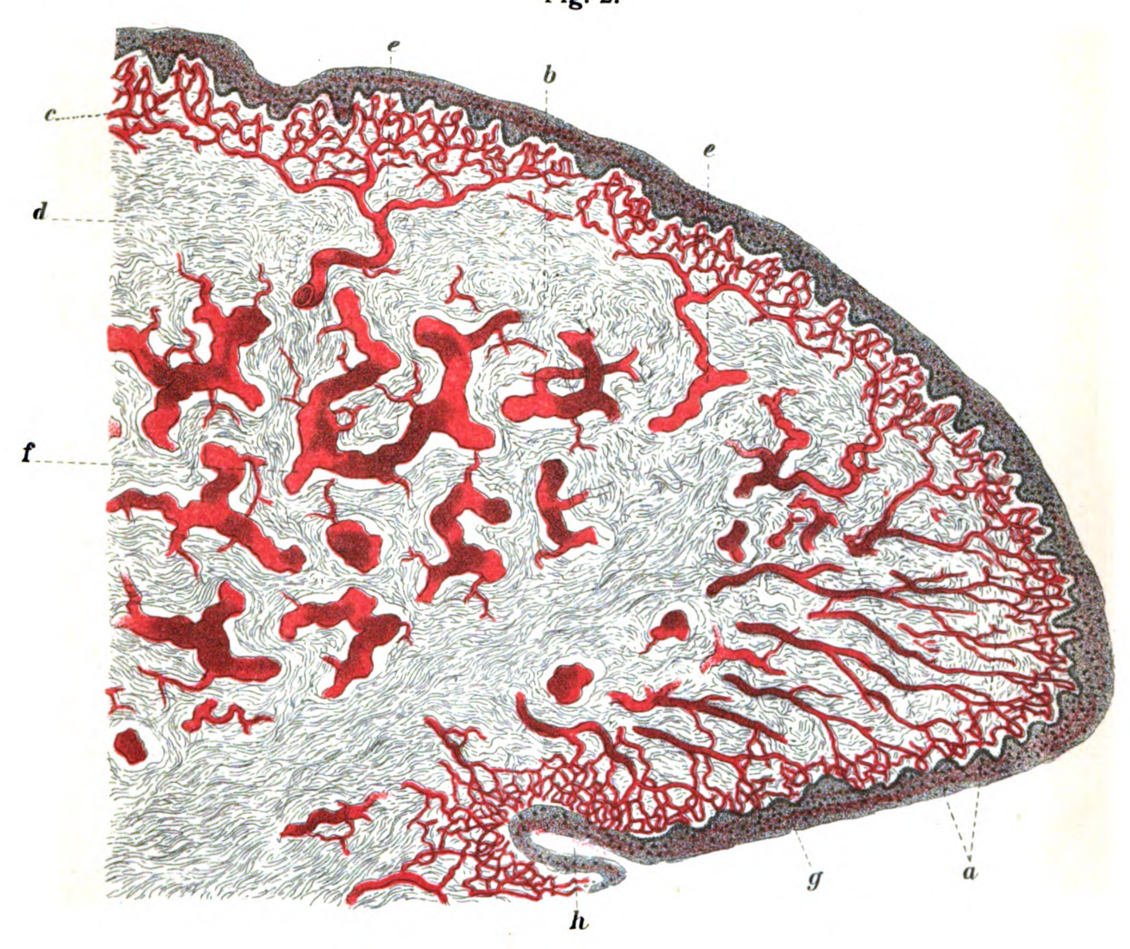


Fig. 2.



FINGER: Beitr. z. Anat. d. männl. Genitale.

Druck v. Sinsel & Co. G.m.b.H. Oetzsch-Leipzig

Aus der Universitäts-Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis des Professor Pick in Prag.

Casuistische Beiträge zur Kenntniss der extragenitalen Initialsclerose.

Von

Dr. Siegfried Baum,

Secundararzt der Klinik.

Im Jahre 1879 wurden von dem damaligen klinischen Assistenten Herrn Dr. Plummert[1]) einige Fälle von abnormem Sitz der primären Affection bei Syphilis veröffentlicht und besprochen.

Da der Kenntniss der extragenitalen Infectionsherde in diagnostischer und nicht minder in forensischer Beziehung ein grosses praktisches Interesse innewohnt, überdies die Entwicklung und der Verlauf der durch solche Infection hervorgerufenen Allgemeinerkrankungen des Organismus abweichende Momente darbieten, veranlasste mich Herr Prof. Pick, anlässlich einiger in letzter Zeit vorgekommener Fälle die seit jener Publication gemachten Beobachtungen von abnormer Localisation der Initialsclerosen mitzutheilen.

Im Folgenden gebe ich die Krankengeschichten nach der Localität zusammengestellt und erlaube mir zum Schlusse einige Bemerkungen über Ursprung, Symptome und Verlauf der angezogenen Fälle beizufügen.

---

[1]) A. Plummert. Einige Fälle von abnormem Sitz der primären Affection bei Syphilis. Allgem. Wiener medic. Zeitung, 1879, Nr. 49—51.



Initialsclerosen an der Unterlippe.

I. Ulcus induratum der Unterlippe, Schwellung der regionären Lymphdrüsen, Roseola syphilitica, Schleimhautpapeln.

Josefa J., 4½jährige Schmiedstochter, kam wegen eines Geschwüres an der Unterlippe in die Ambulanz und wurde am 29. Juni 1880 zur Klinik aufgenommen.

Das für sein Alter schwächlich entwickelte, schlecht genährte Kind trägt in der rechten Hälfte der Unterlippe 1 Ctm. vom angulus oris beginnend, einen ungefähr haselnussgrossen Knoten, der sich knorpelhart anfühlt und an der Oberfläche exulcerirt erscheint. Der Rand der Geschwürsfläche ist scharf abgegrenzt, die Basis mit einem hellgrauen, fest anhaftendem Belage bedeckt. Die Submaxillardrüsen derselben Seite sind multipel geschwellt, taubeneigross und indurirt. Auch die Collar- und Cervicaldrüsen tastbar. Die anderen zugänglichen Lymphdrüsen erscheinen nur unerheblich vergrössert. Ueber dem Stamme ist ein maculöses Exanthem verbreitet.

Die Anamnese ergab, dass das Kind vor 6—7 Wochen bei einem Sturze sich mit den Zähnen verletzt hatte. Die Wunde, die anfangs stark blutete, bedeckte sich später mit einem Schorfe, der sich wiederholt abstiess und eine nässende Fläche zu Tage treten liess, die sich immer mehr vergrösserte, zugleich nahm die Unterlippe in ihrem Volumen zu und indurirte. Es handelte sich in diesem Falle um eine exquisite Sclerose, der bereits Allgemeinerscheinungen gefolgt waren. Recherchen nach der Infectionsquelle führten zu einem positiven Resultate. Es ergab sich, dass ein zu wiederholten Malen an unserer Klinik mit Syphilis condylomatosa in Behandlung gewesener Mann zu den Hausgenossen der Familie gehörte und wie die Mutter auf das Bestimmteste angab, das Kind nach dem Falle durch Küssen auf die verletzte Stelle zu beruhigen versucht hatte. Kurz nachher am 15. Mai, war der Betreffende wieder einmal auf die Klinik aufgenommen worden und bot nebst Condylomen ad anum auch zahlreiche Papulae mucosae an den Lippen dar — damit war der Fall vollkommen klar, der Status bei der Aufnahme des Kindes entsprach auch so ziemlich dem Zeitpunkte der supponirten Infection.

Die Therapie bestand in localer Anwendung von Jodoformcollodium und grauem Pflaster, ferner 1grammigen Einreibungen abwechselnd auf Bauch und Rücken. Nach zehn Wochen wurde es gebessert entlassen. Zwei Monate später traten zahlreiche Plaques an

den Tonsillen, Arcaden und am Zungenrücken auf; an Stelle der Sclerose bestand nur eine geringe Resistenz. Einer neuerlichen Schmierkur wichen alle Erscheinungen.

II. Primäre Sclerose der Unterlippe, Schwellung der regionären Lymphdrüsen.

Barbara H., 24 J., Dienstmagd, aufgenommen am 2. März 1881. Die ganze rechte Hälfte der Unterlippe wird von einem Geschwüre eingenommen, das mit einer dünnen, braunrothen Borke bedeckt ist, nur gegen die Mundschleimhaut zu zeigt es einen speckigen Belag. Der Grund ist bedeutend resistent. Die rechten Submaxillardrüsen erheblich vergrössert, indurirt. Sonst am Körper keine weiteren Erscheinungen zu constatiren. Der Modus der Infection konnte in diesem Falle nicht eruirt werden. Patientin wusste nur anzugeben, dass ihre Erkrankung vor etwa 7 Wochen mit einem Knötchen begonnen habe das allmählich grösser und resistenter wurde. Aufstreuen von Jodoform und örtliche Application des grauen Pflasters bewirkten, dass die Sclerose innerhalb sieben Wochen erheblich zurückging. Ueber den weiteren Verlauf ist uns nichts bekannt, da die Patientin sich seither nicht vorgestellt hat.

III. Initialsclerose der Unterlippe, Syphilis cutanea maculo-papulosa, Larynxaffection, Erythema multiforme.

Maria W., 24 J., Stubenmädchen, stand vom 4. December 1882 bis 14. Februar 1883 mit einer manifesten Sclerose der Unterlippe in klinischer Behandlung. — Daneben bestand vorwiegend an den Streckseiten beider Oberextremitäten ein als Erythema multiforme diagnosticirtes Exanthem. Nach fünf Wochen, während welcher sie sich öfters in der klinischen Ambulanz vorgestellt hatte, wurde ihr der Spitalseintritt empfohlen. Am Körper war ein maculopapulöses Exanthem aufgetreten, ausserdem bestand eine Larynxaffection, Röthung des Larynxeinganges, starke Schwellung der Stimmbänder, an der Plica interarytaenoidea eine Ulceration. Nach einer 2monatlichen Kur, die in Inunctionen, Jodoforminspersionen in den Kehlkopf und Darreichung von Jodkali bestand, verliess sie gebessert die Klinik. Im December desselben Jahres traten Geschwüre am Gaumen und abermals Larynxkatarrh auf. Auch diesmal war ein Erythem vorhanden. Unter Anwendung von Jodkali und Zittmannischem Decoct



gingen sämmtliche Erscheinungen zurück, so dass sie Anfangs März 1884 symptomfrei entlassen werden konnte.

IV. Sclerosis initialis labii inferioris oris, Syphilis cutanea maculosa.

Josef W., 28jähriger lediger Regenschirmmacher, eingetreten am 13. Jänner 1883.

In der linken Hälfte der Unterlippe befand sich ein mehr als haselnussgrosses, bereits in Abschwellung begriffenes Infiltrat, das an seiner Oberfläche ein kreisrundes, 1 Ctm. im Durchmesser haltendes mit einem fest anhaftenden gelbbraunen Belage versehenes Geschwür trug. Die Submaxillardrüsen linkerseits waren bedeutend geschwellt sclerosirt. Auf dem Stamme zeigte sich ein orbiculär angeordnetes, maculöses Syphilid. Die Affection entstand vor 7 Wochen aus ihm unbekannter Ursache.

Es wurde eine Inunctionskur eingeleitet und Patient am 12. Februar gebessert entlassen.

V. Initialsclerose der Unterlippen. Allgemeine Drüsenschwellung, Syphilis condylomatosa, Syphilis cutanea squamosa.

Josef N., 24 J., verh., Tischler, stellte sich am 7. Februar 1884 mit einem Geschwür der Unterlippe vor. An der Unterlippe, links von der Medianlinie, zur Hälfte auf die Schleimhaut übergreifend, sitzt ein fast kreisrundes $1^1/_2$ Ctm. im Durchmesser haltendes, speckig belegtes Geschwür, dessen Basis sclerosirt erscheint. Die Drüsen der rechten Submaxillargegend zeigen keine Veränderung, die der linken Seite sind in eine hühnereigrosse, harte Geschwulst verwandelt.

Anamnestisch wurde erhoben, dass die Affection der Unterlippe seit vier Wochen bestehe, mit einem kleinen Bläschen begonnen habe, das später exulcerirte und allmählich in das jetzt vorhandene Geschwür sich umgewandelt hatte. Die Drüsengeschwulst bemerkte er seit 14 Tagen. Eine Woche vor Beginn der Affection will er einem fremden Mann seine Pfeife geborgt haben, über dessen Gesundheitszustand er jedoch keine Angaben zu machen vermag. Nach einer localen Behandlung mit grauem Pflaster wurde er nach drei Wochen gebessert zum Ambulatorium entlassen.

Am 21. April 1884 trat er mit secundären Erscheinungen wieder zur Klinik ein. Neben Papeln auf der Glans, am Scrotum und am After, zeigte sich ein über den ganzen Körper verbreitetes maculo-



papulöses Syphilid. An Stelle der primären Sclerose bestand eine ca. 1 Ctm. lange infiltrirte Narbe. Nach einer ausgiebigen Inunctionskur gingen sämmtliche Erscheinungen zurück. Am 19. Juni 1884 verliess er die Klinik.

VI. Sclerosis lab. inf. oris. Syph. cutan. macul.-papulosa.

Barbara B., 31jährige ledige Magd, wurde am 18. Mai 1884 mit einer Affection der Lippe auf die Klinik aufgenommen. 2 Ctm. vom rechten Mundwinkel beginnend, bis etwas über die Medianlinie der Lippe hinausreichend, sitzt in der Substanz der Lippe ei. taubeneigrosser Knoten von derber Consistenz, dessen Oberfläche über kreuzergross des Epithels beraubt, graulich roth gefärbt erscheint. Von dem Knoten aus zieht sich ein gänsekieldicker, fester Strang unter der Schleimhaut der Lippe weiters durch das Gewebe der dem Kiefer anliegenden Wange zu einer etwa erbsengrossen harten Drüse, die 2 Ctm. über dem Kieferrand unter der Haut fühlbar ist. Mehrere submaxillare Lymphdrüsen in der Mitte des Unterkiefers klein, haselnussgross tastbar, ausserdem einige rechts vergrössert. Die Drüsen des Nackens sind multipel rosenkranzförmig, linsengross geschwellt. Auch die axillaren und cubitalen tastbar. Die Schleimhaut der vorderen Arcaden ist geröthet, leicht geschwellt. An den Genitalien sitzen linsengrosse, mässig elevirte, nässende Infiltrate in grösserer Zahl. An den Extremitäten und am Stamme ein aus Flecken und Papeln bestehendes Exanthem. Ausserdem klagte die Patientin über heftige Kopfschmerzen. Ueber den Ursprung der Affection wusste sie gar nichts anzugeben. Vor 6 Wochen sollte sich in der Mitte der Unterlippe ein Knötchen gebildet haben, das allmählich bis zur jetzigen Grösse heranwuchs ohne der Patientin irgend welche Beschwerden verursacht zu haben. Eine Woche früher will sie ein unter Fiebererscheinungen aufgetretenes Exanthem an sich bemerkt haben, welches mit dem Fieber wieder verschwunden sein soll.

Es unterlag keinem Zweifel, dass der Knoten in der Lippe der Ausgangspunkt für die Infection des Gesammtorganismus geworden war. Es wurde örtlich graues Pflaster angewendet, welches jedoch, nachdem rasch Salivation aufgetreten war, durch Jodoformätherspray ersetzt wurde. Zugleich wurden 4grm. Inunctionen gemacht und Jodkali in steigender Dosis bis zu 3 Grm. pro die gereicht, wornach sowohl die heftigen Kopfschmerzen als auch alle anderen Erscheinungen

allmählich zurückgingen. Es bedurfte aber noch eines zweimonatlichen Zeitraumes, bevor die Sclerose sich bis zu Linsengrösse zurückgebildet hatte. Am 12. Juli 1884 wurde sie aus der Beobachtung entlassen und hat sich seitdem noch nicht wieder vorgestellt.

Primäre Affection an der Oberlippe.

VII. Sclerosis initialis lab. superioris oris.

Anna W., 21jährige ledige Dienstmagd, aufgenommen am 14. Juli 1880. Der Status war folgender:

In die Substanz der Oberlippe, die etwas nach aussen gewendet ist, ist ein dieselbe durchsetzender haselnussgrosser Knoten eingelagert, der an der Oberfläche mit speckigem Belage versehen, gegen die Umgebung scharf abgegrenzt ist. Die Submaxillarlymphdrüsen sind beiderseits haselnussgross geschwellt.

Patientin, welche fünf Monate zuvor durch acht Wochen mit ulcus cum adenitide suppurativa auf der Klinik behandelt worden war (Spaltung des Bubo), bemerkte angeblich ohne ihr bekannte Veranlassung seit vierzehn Tagen an der Oberlippe einen allmählich exulcerirenden Knoten, der sich stetig vergrösserte. Später traten bei ihr nässende Papeln an den Genitalien auf. Oertlich wurde Jodoformcollodium angewendet, daneben eine Allgemeinbehandlung mit Jodsublimatpeptoninjectionen durchgeführt. Nach fünf Wochen wurde sie von allen Symptomen frei entlassen.

VIII. Sclerosis initialis labii superioris oris-Adenitis universalis. Syphilis condylomatosa. — Syphilis cut. squamosa.

Marie P., 19jährige led. Kellnerstochter, trat am 21. April 1881 mit einem Exanthem behaftet ins Krankenhaus ein. Die Oberlippe etwas ectropionirt, in der Mitte etwas mehr nach rechts sitzt ein circa 2 Ctm. im Durchmesser haltendes Geschwür, das zum Theil mit einer braunrothen Borke bedeckt ist, dessen Basis indurirt erscheint. Die Submaxillarlymphdrüsen sind multipel geschwellt, eine unter dem rechten Unterkieferwinkel bis zu Wallnussgrösse. Sämmtliche zugänglichen Lymphdrüsen tastbar sclerosirt. An den Genitalien exulcerirte Papeln.

Am ganzen Körper, wie auch im Gesichte ein papulo-squamöses Syphilid.



Patientin, gravida im 6. Monate, wurde von ihrem Geliebten inficirt. Ihr Leiden begann vor etwa 6 Wochen mit der Bildung eines kleinen Knötchens an der Oberlippe, das allmählich exulcerirte und bis zur gegenwärtigen Grösse heranwuchs. Die Genitalaffection besteht angeblich seit drei Wochen.

Nach örtlicher Anwendung von Jodoform, grauem Pflaster und 4gm. Einreibungen bildeten sich nach 5 Wochen sämmtliche Erscheinungen zurück. Die Induration der Oberlippe war jedoch bei der Entlassung noch nicht ganz geschwunden.

Primäre Affection am Augenwinkel.

IX. Initialsclerose am inneren Augenwinkel, Schwellung der Körperlymphdrüsen besonders der cervicalen und submaxillaren, nachfolgend ein maculöses Syphilid.

Leopold R., 18jähriger lediger Tischler, kam am 20. October 1880 mit einem Geschwüre am linken inneren Augenwinkel auf die Klinik.

Am Uebergange der Haut in die Conjunctiva palpebrarum fand man eine etwa $^1/_2$ Ctm. gegen die Nase zu sich erstreckende wallartige Infiltration, über welcher die Haut intensiv geröthet war und die sich hart anfühlte. Der äusserste Theil derselben war exulcerirt und blutete leicht bei Berührung. Die Conjunctiva palpebrae zeigte bis zur Uebergangsfalte eine intensive Röthung und Schwellung, die sich auch auf die Bulbarconjunctiva erstreckte. Die Drüsen der Cervical- und Submaxillargegend waren beiderseits tastbar, namentlich erschien eine links hinter dem Kieferwinkel gelegene über haselnussgross geschwellt. Auch die anderen zugänglichen Lymphdrüsen waren multipel erbsengross geschwellt.

Sechs Wochen vor dem Spitalseintritte bemerkte er an der genannten Stelle ein stecknadelkopfgrosses Knötchen, das anfangs für ein Hordeolum angesehen wurde. Da es aber sich stetig vergrösserte, und exulcerirte, wandte er sich an einen Arzt, der das Gebilde für ein Epitheliom erklärte und ihn an eine chirurgische Klinik wies. Von hier aus wurde Herr Prof. Pick consultirt, der den Fall wegen der auffallenden Drüsenschwellung und des eigenthümlichen Charakters des Geschwüres für specifisch erklärte und die Transferirung auf die syphilitische Klinik veranlasste. Ueber die Natur seines Leidens auf-



geklärt, gab der Patient an, dass er mit einem Manne, der, wie ihm bekannt war, mit einem Ulcus specificum behaftet war, in einer Werkstätte arbeitete und mit ihm ein- und dasselbe Handtuch benützte. Zehn Tage nach seinem Spitalseintritte wurde eine über den ganzen Körper verbreitete Roseola syphilitica constatirt. Im weiteren Verlaufe traten auch Schleimhautpapeln im Rachen und Rhagaden ad anum auf. Später musste wegen anhaltenden Thränenträufelns das linke Thränenröhrchen geschlitzt werden. Nach einer durch 4 Monate fortgesetzten theils localen (Jodoform, graues Pflaster) theils allgemeinen (4gmm. Inunctionen) Kur, wurde der Patient am 28. Februar 1881 symptomfrei entlassen.

Primäraffection an der Wange.

X. Initialsclerose der Wange, consecutives maculöses Hautsyphilid. Allgemeine Drüsenschwellung.

Josef Sch., 25jähriger lediger Fleischer, wurde am 6. December 1880 wegen eines über den ganzen Körper verbreiteten Exanthems auf die Klinik aufgenommen. Beiderseits in inguine fand man ausgebreitete Narben, auch am Penis konnte man solche, die jedoch nicht resistent waren, constatiren. Auf der Körperoberfläche zeigte sich ein maculöses Exanthem. In der Mitte der linken Wange befand sich ein haselnussgrosser, circumscripter, oberflächlich exulcerirter Knoten, von dem aus sich einige sclerosirte Lymphstränge zu einem über wallnussgross angeschwollenen submaxillaren Lymphdrüsenpaquete verfolgen liessen. Auch die cubitalen und Nackendrüsen waren tastbar.

Der Patient, der vor 2 Jahren mit beiderseitiger Adenitis inguinalis suppurativa behaftet war, hatte vor 3 Monaten im Occupationsgebiet ein Ulcus präputii acquirirt, das bald verheilte. Vor 7 Wochen entstand an seiner linken Wange ein Knötchen, das er beim Rasiren verletzte und welches sich seither stetig vergrösserte. Nach der Aetiologie befragt, gab er an, dass er in Bosnien eine türkische Dirne zu besuchen pflegte, deren Gewohnheit es war, beim Coitus den Mann ins Gesicht zu beissen, jedesmal wäre der Eindruck der Zähne sichtbar gewesen; ob die Haut dabei verletzt wurde, ist ihm nicht erinnerlich. Das Exanthem bestand erst wenige Tage. Die



Therapie war eine den früheren Fällen analoge, nur wurden hier ausnahmsweise 6gmm. Inunctionen vorgenommen. — Nach Verlauf eines Monats konnte er gebessert entlassen werden.

Initialsclerose am Kinn.

XI. Sclerosis menti. Adenitis sclerotica submaxillaris sin.

Marie C., 16jährige ledige Dienstmagd, aufgenommen am 6. Juni 1881. Die Genitalien waren rein. Am Kinn etwas nach links von der Medianlinie befand sich eine 1 Ctm. im Durchmesser haltende kreisrunde, kupferrothe, das Niveau der Haut etwas überragende infiltrirte Narbe. Die entsprechenden Submaxillardrüsen waren wallnussgross, die übrigen Lymphdrüsen gering geschwellt, dabei bestand ein starkes Defluvium capillorum. Das Leiden der Patientin begann vor einem halben Jahre mit einer kleinen juckenden Pustel am Kinn, welche aufbrach, sich vergrösserte und unter Narbenbildung zuheilte. Die Mutter der Patientin lebte in Gemeinschaft mit einem luetisch inficirten Manne, abortirte zweimal; zum dritten Male gebar sie ein schwächliches aber wohl ausgetragenes Kind, welches schon bei der Geburt gesprungene Lippen hatte, ferner an Schnupfen und Kurzathmigkeit litt. Dieses Kind starb im Alter von 6 Monaten, und von demselben glaubt Patientin, die es pflegte, inficirt worden zu sein. Nach einer sechswöchentlichen Behandlung (Jodoform, graues Pflaster, Jodsublimatinjection) wurde sie gebessert entlassen.

XII. Initialsclerose am Kinn, darauf folgend ein papulöses Hautsyphilid, rascher Uebergang in die gummöse Phase.

Johann H., 28jähriger lediger Tischlergeselle, eingetreten am 22. Mai 1883. Ziemlich in der Mitte des Kinnes befand sich ein kreisrundes, 2 Ctm. im Durchmesser haltendes Geschwür, dessen Basis speckig belegt, dessen Umgebung stark infiltrirt war. Die rechtsseitigen Submaxillardrüsen waren kleinapfelgross geschwellt und bedeutend resistent. Sämmtliche zugängliche Lymphdrüsen waren tastbar. Auf dem Stamme zeigte sich ein papulöses Syphilid.

Patient, der bereits vor 7 Jahren ein Ulcus am penis acquirirt hatte, bemerkte sein jetziges Leiden vor 5 Wochen; es begann nach seiner Angabe in Form eines Knötchens, das rasch wuchs und



geschwürig zerfiel. Ueber die näheren Umstände des Entstehens seiner Krankheit weiss er nichts anzugeben.

Unter localer Anwendung des grauen Pflasters und einer Inunctionskur verkleinerte sich das Geschwür sehr rasch, auch die Drüsenschwellung und das Exanthem gingen zurück, so dass er am 15. Juni 1883 gebessert entlassen werden konnte.

Am 11. Juli stellte er sich wieder vor. An Stelle der früheren Sclerose am Kinn befand sich eine etwa 3 Ctm. im Durchmesser haltende, unregelmässige etwas eingezogene Narbe. An den Tonsillen speckig belegte Substanzverluste. An der Innenfläche beider Vorderarme sassen, und zwar links ein fast vierkreuzergrosses, rechts zwei kleinere Geschwüre mit zerklüfteter Basis, zum Theile speckig, zum Theile mit braunen Borken belegt. Aehnliche Ulcerationen befanden sich am Thorax, entsprechend der rechten hinteren Axillarlinie und über der linken Gesässhälfte, dabei fieberte der Patient durch einige Tage. Es handelte sich um gummöse Infiltrate an den verschiedensten Körperstellen. Zwei Monate später entstand am Kinn an der Stelle der primären Sclerose ein 5 Ctm. im Durchmesser haltendes kraterförmiges, speckig belegtes Geschwür, zugleich bestand eine gummöse Ostitis der 3. Phalanx des rechten Zeigefingers und ein weiteres gummöses Infiltrat am rechten Unterschenkel. Auch dieses Mal wurde sein Zustand durch die eingeleitete Behandlung (Quecksilberformamid-injectionen) in kurzer Zeit wesentlich gebessert.

Im Laufe des Jahres entstanden noch rasch nacheinander gummöse Ostitis und Onychie des rechten Mittelfingers, der in der 3. Phalanx amputirt werden musste, Hautgummen an der rechten Schulter, am rechten Oberschenkel und linken inneren Augenwinkel, zugleich brach auch das Gumma des Kinns von neuem auf. Nach einer energischen Schmierkur, verbunden mit innerlicher Anwendung des Jodkali verliess er am 7. Juli 1884 die Klinik. Von Zeit zu Zeit stellt er sich im Ambulatorium vor, seither ist kein weiteres Symptom aufgetreten.

Initialsclerosen der Brustdrüsen.

XIII. Initialaffect der linken Brustwarze, maculo-papulöses Hautsyphilid.

Anna M., 29jährige verheiratete Taglöhnerin, wurde am 22. Juni 1880 aufgenommen. Die linke Brustwarze und der Warzenhof erschien



von mehreren linsen- bis bohnengrossen Knoten, die an ihrer Oberfläche mit trockenen Borken bedeckt waren, durchsetzt. Nach Abnahme dieser boten sich kleine leicht blutende oberflächliche Substanzverluste dar, die ganze Partie war bedeutend resistent. Von dieser Brustwarze aus konnte man unter der Haut gegen die linke Achselhöhle ziehende derbe federkieldicke Stränge verfolgen, die linksseitigen Achselhöhlendrüsen waren bis hühnereigross geschwellt, sclerosirt. Die rechte Brustwarze bot ähnliche Verhältnisse jedoch mit geringerer Infiltration und flacheren Knoten. Die entsprechenden Lymphdrüsen waren nicht erheblich vergrössert jedoch tastbar und wie die collaren und mentalen sclerosirt. An den Genitalien bestanden zahlreiche nässende Infiltrate, an den Tonsillen und der hinteren Rachenwand graulich gefärbte Schleimhautpapeln, am Körper ein maculo-papulöses Syphilid. Die Kranke, welche fünf gesunde Kinder geboren hatte, nahm eine Woche vor dem an Fraisen erfolgten Tod ihres jüngsten, 22 Wochen alten Kindes, einen Findling aus der hiesigen Anstalt in ihre Pflege. Weder die Mutter noch das Kind boten, wie von dort aus mitgetheilt wurde, irgend welche Zeichen von Lues. — Bald nach der Uebernahme bemerkte die Amme am Körper des Kindes ein gelb abschilferndes Exanthem, daneben einzelne erbsengrosse Efflorescenzen mit eitrigem Inhalte. Später wurde seine Stimme heiser, es wurde immer schwächer, so dass sie sich bewogen fühlte, es nach zwei Monaten zu restituiren. Es war sehr herabgekommen, hatte beiderseits ulceröse Keratitis und starb schon am 2. Tage. Aeussere Zeichen von Lues wurden nicht constatirt, die Lustration unterblieb.

14 Tage nach der Abgabe des Kindes bemerkte die Frau, dass ihre linke, später auch die rechte Brustwarze zu jucken begannen und an denselben nässende Geschwüre entstanden. Schon nach 4 Wochen traten die Erscheinungen am Genitale auf. Das Exanthem hat sie bisher nicht bemerkt. Es wurde eine örtliche Behandlung mit Jodoformspray und grauem Pflaster, ferner eine Inunctionskur eingeleitet.

Nach 4 Wochen wurde sie auf ihr Verlangen gebessert entlassen.

XIV. Initialsclerose der rechten Brustwarze mit consecutivem Fleckensyphilid und Condylomatose.

Augustine C., 44jähriges verheiratetes Schneidersweib, wurde am 17. Mai 1881 aufgenommen. An der rechten Mamma fand sich



oberhalb der Brustwarze ein mehr als haselnussgrosses an der Oberfläche exulcerirtes Infiltrat mit speckig belegtem Grunde und derben infiltrirten Rändern. Nach unten und aussen von der linken Mammilla sassen kleinere, dieselben Charaktere tragenden Infiltrate. Die Drüsen in der rechten Achselhöhle waren bedeutend angeschwollen und sclerosirt. An den grossen und kleinen Labien nässende, linsengrosse Papeln. Die inguinalen Lymphdrüsen nicht erheblich vergrössert. Auf der linken Tonsille ausgebreitete Papulae mucosae. Am Stamme und Extremitäten ein maculöses Exanthem.

Die Patientin hatte vor drei Monaten ein 6 Wochen altes Kind in Pflege genommen und dasselbe genährt. Der Säugling war schwächlich, blutete häufig aus der Nase und dem Zahnfleisch, hatte gesprungene Lippen und litt an Kurzathmigkeit. Nach 14 Tagen traten bei ihm nässende Papeln in der Anal- und Genitalgegend auf, ferner rothe Knötchen auf der Stirn und den Extremitäten. Drei Wochen vor ihrem Spitalseintritte bemerkte sie oberhalb ihrer rechten Brustwarze ein kleines Knötchen, welches bald exulcerirte und sich verhärtete. Eine Woche später entstanden ähnliche Knötchen an der linken Mammilla, die denselben Verlauf nahmen. Von dem Exanthem und der Genitalaffection ist ihr nichts bekannt. Ihr eigenes Kind war zur Zeit der Uebernahme des fremden 4 Monate alt. Seit dem Auftreten der Affection an der rechten Brust legte sie dasselbe stets an die linke an, das fremde an die rechte. An ihrem Kinde will sie bisher keinerlei Erscheinungen beobachtet haben (?)

Ein consultirter Arzt rieth ihr den Eintritt ins Krankenhaus an. Nach eingeleiteter Inunctionskur und örtlicher Behandlung überhäutete sich die Sclerose, das Exanthem schwand und sie wurde nach vierwöchentlichem Aufenthalte gebessert entlassen.

XV. Syphilis ulcerosa serpiginosa, vorausgegangen eine Initialsclerose beider Brustwarzen.

Marie P., 36jährige verheiratete Taglöhnerin, litt an Ulcerationen des Vorderarmes und suchte am 22. November 1881 Spitalshilfe auf. In der Mitte der Ulnarfläche des linken Vorderarmes befand sich ein beinahe kreisrundes, 6 Ctm. im Durchmesser haltendes Geschwür, das im Centrum bereits vernarbt war, während die Ränder

zu beiden Seiten aufgeworfen, der Grund zerklüftet und mit fest anhaftendem Belage bedeckt erschien. Ausserdem fanden sich Narben in der Mitte der Beugefläche des Vorderarms und unter beiden Brustwarzen, besonders unter der linken Mammilla. Eine linksseitige Axillardrüse etwa wallnussgross tastbar, auch andere Lymphdrüsen waren geschwellt. Die Krankheit der Patientin begann vor circa zwei Jahren mit Ulcerationen der Brustwarzen, als sie ein zur Pflege übernommenes Findelkind säugte, welche unter ärztlicher Behandlung verheilten. Später trat zeitweilig Halsschmerz auf, vor einem Jahre bildete sich das Geschwür auf dem linken Arme. Sie ist Mutter von fünf Kindern, welche wie ihr Mann stets gesund waren. Nach Application von Jodoform und grauem Pflaster heilte das Geschwür und sie konnte nach einem Monate in die häusliche Pflege entlassen werden.

XVI. Syphilis cutanea papulosa. — Ulcus induratum mammae dextrae.

Antonie S., 25jährige verheiratete Schuhmachersfrau, eingetreten am 27. Mai 1882. An den Genitalien fand man zahlreiche in Ueberhäutung begriffene Papeln, an der vorderen Muttermundlippe ein 2 Ctm. im Durchmesser haltendes Infiltrat. Ueber Stamm und Extremitäten war ein papulöses Exanthem verbreitet. Sämmtliche Lymphdrüsen waren geschwellt, die in der rechten Achselhöhle wallnussgross. Die Rachenschleimhaut geröthet und geschwellt. Die Infection war in diesem Falle von der rechten Brustdrüse ausgegangen. Die Patientin hat im December 1881 geboren, da ihr Kind an Fraisen starb, nahm sie ein Findelkind in Pflege, welches sie durch 2 Monate nährte. Dasselbe war bei der Uebernahme sehr schwächlich und soll viele Geschwüre am Rücken gehabt haben. Da sich sein Befinden nicht besserte, gab sie es der Anstalt zurück, wo man ihr angeblich mittheilte, dass das Kind früher einen Ausschlag durchgemacht habe. Einen Monat später bemerkte sie an den Brustwarzen das Auftreten kleiner Geschwüre, die sich später verhärteten. Drei Wochen nachher bemerkte sie einen Ausschlag am ganzen Körper, der nicht juckte und keinerlei Beschwerden verursachte. Während ihres Spitalsaufenthaltes wurde nach Abblassen dieses Exanthems ein zweites kleinpapulöses beobachtet. Nach einer entsprechenden Behandlung verliess sie Anfang Juli gebessert die Klinik.



XVII. Initialsclerosen beider Brustwarzen, allgemeine Drüsenschwellung, papulöses Hautsyphilid, Papulae mucosae, Condylomatose.

Elisabeth M., 25 jährige, ledige Dienstmagd, aufgenommen am 6. Juli 1884. An der rechten Brustwarze, entsprechend der äusseren Hälfte des Warzenhofes befand sich ein 2 Ctm. langes, 1 Ctm. breites auf sclerosirter Basis aufsitzendes, beträchtlich elevirtes exulcerirtes, mit schwammigen Granulationen bedecktes Infiltrat; nach aussen unten von demselben zwei ähnliche bohnengrosse. In der oberen Hälfte des linken Warzenhofes sass ein denselben Charakter tragendes Geschwür, das beiläufig halb so gross war, wie das erstgenannte. Die beiderseitigen Achselhöhlendrüsen waren vergrössert und sclerosirt, die linksseitigen über wallnussgross. Von der rechten Mamma liess sich ein rabenkieldicker, sclerosirter Strang bis in die Achselhöhle verfolgen. An den Genitalien zahlreiche nässende Papeln, über dem ganzen Körper ein kleinpapulöses Syphilid.

Die Patientin hatte vor 5 Monaten geboren; weder an der Mutter noch an dem Kinde wurde während ihres Aufenthaltes in der Findelanstalt, wie uns von dort freundlichst mitgetheilt wurde, irgend welche Erkrankung constatirt. Nach ihrem Austritte aus der Anstalt nahm sie eine Stelle als Amme bei einem 2 Tage alten Kinde an, dessen Mutter bei der Geburt gestorben war. Dieselbe soll, wie Patientin später in Erfahrung brachte, einige todte Kinder geboren haben. Als der Säugling eine Woche alt war, will sie an demselben ein Exanthem bemerkt haben, zugleich soll es schlecht gesaugt und öfters aus dem Munde geblutet haben. Es starb im Alter von fünf Wochen. Acht Tage zuvor hatte die Amme das Haus verlassen. Einige Tage später bemerkte sie die Bildung harter Knötchen an beiden Brustwarzen, die sehr bald geschwürig zerfielen. Ein consultirter Arzt verschrieb eine Salbe, deren Application jedoch die Affection nicht besserte; circa drei Wochen lang vor ihrem Eintritte wurde sie mit essigsaurer Thonerde behandelt, bis sie endlich unserer Ambulanz zugewiesen wurde. Weder von ihrer Genitalaffection noch dem Hautausschlage ist ihr etwas bekannt. Im weiteren Verlaufe traten schwere Erscheinungen im Rachen auf. Die Kranke machte eine energische Schmierkur durch, unter welcher die Erscheinungen sämmtlich zurückgingen. Local wurde Jodoform und graues Pflaster angewendet. Sie befindet sich noch immer in unserer Pflege und leidet derzeit an Ge-



schwüren im Rachen. Die Narben nach den Sclerosen sind heute (Ende December 1884), also acht Monate nach erfolgter Infection, noch immer etwas verhärtet.

Primäraffection am Schamberge.

XVIII. Initialsclerose oberhalb des Schamberges, darauffolgend maculöses Syphilid. Eczema post scabiem.

Wenzel F., 55jähriger Schuhmacher, suchte wegen eines seit Juni 1880 bestehenden stark juckenden Exanthems am 16. November 1880 Spitalshilfe auf. Es handelte sich um eine stark malträtirte Scabies, welche von hochgradigen eczematösen Erscheinungen begleitet war. Daneben bestand etwa 3 Finger oberhalb der Peniswurzel 1 Ctm. nach links von der Medianlinie in der Bauchhaut eine etwa kreuzergrosse, lividrothe, scharf begrenzte Einlagerung von Knorpelhärte, deren Oberfläche leicht schuppte. Sämmtliche zugänglichen Lymphdrüsen waren multipel geschwellt, sclerosirt. Scabies und Eczem wichen einer entsprechenden Behandlung. Nach ihrem Schwinden trat eine deutliche Roseola syphilitica auf, daneben Erscheinungen im Rachen, später Condylomata lata in der Analgegend.

Neben seiner Scabies, mit der er durch 4 Monate behaftet war, bemerkte er nach einem Coitus im October 1880 ein Knötchen am Unterleib, das ihn besonders juckte und von ihm aufgekratzt wurde. Zuvor hatte er ausser einer vor 4 Jahren acquirirten Gonorrhöe, die nach 4 Wochen heilte, keine Genitalerkrankung durchgemacht. Er wurde mit subcutanen Jodsublimatpeptoninjectionen behandelt und im Jänner 1881 symptomfrei entlassen.

In den eben mitgetheilten Krankengeschichten soll zunächst ein weiterer Beitrag zu der allgemein anerkannten Thatsache geliefert werden, dass eine syphilitische Infection von allen Theilen der Haut oder Schleimhaut aus stattfinden kann. Unter den angeführten Localisationen befindet sich eine ganze Reihe von Fällen, die sich diesbezüglich an zahlreiche, von anderen Seiten publicirte Beispiele anschliessen. Zu den selteneren Vorkommnissen dürften Fall IX und XVIII gehören. Dem ersteren analog jedoch in grösserer Ausdehnung das Augenlid betreffende Fälle, haben Pflüger[1]) und Lubinsky[2]) beschrieben.

[1]) Vierteljahresschrift für Dermat. und Syphilis. 1876. Referat S. 638.

[2]) Ibidem 1879, S. 472.



Betreffs des Mechanismus der Uebertragung, einer Frage von grosser praktischer Wichtigkeit, bin ich leider nicht in der Lage, irgend welche neue Momente hervorzuheben. Es gelang nur in den wenigsten Fällen, mit Sicherheit oder nur Wahrscheinlichkeit die Art und Weise der Uebertragung zu constatiren, und in diesen schliesst sich dieselbe an zahlreiche in der Literatur verzeichnete Beobachtungen an.

Um nur Einiges hervorzuheben, berichtet analog unserem Falle X Sturgis[1]) von einem Manne, der durch Biss in die Wange eine Initialsclerose acquirirte; Zeissl[2]) von einer auf dieselbe Weise entstandenen Infection an der Dorsalfläche des linken Daumens, auch von Pellizzari[3]) werden einige muthmasslich durch Biss an Kinn und Wange hervorgerufene Sclerosen mitgetheilt. Für die meisten Fälle von Lippenaffectionen können wir analog unserem Falle I mit grösster Wahrscheinlichkeit eine directe Uebertragung des syphilitischen Virus durch inficirende Küsse und dergl. annehmen, wenn auch die Möglichkeit einer indirecten Infection durch Trinkgläser, Pfeifenspitzen und ähnliche zugegeben werden muss. Am klarsten steht die Beantwortung dieser Frage bei den Primäraffectionen an der Mamma. Hier kann man zumeist mit Sicherheit behaupten, dass die Infection durch das Sauggeschäft herbeigeführt wurde. In einigen Fällen gelang uns, was wohl in allen analogen Beobachtungen angenommen werden muss, der Nachweis, dass die betreffenden Säuglinge mit Mundaffectionen behaftet waren, so in den Fällen XIV und XVII. Es ist auch leicht erklärlich, wie durch derart erkrankte Kinder eine Infection herbeigeführt werden kann. Der kranke Säugling vermag eben nicht den Saugact, wie ein gesunder, auszuüben. Die mit demselben verbundenen Schmerzen erschweren ihm schon das Fassen der Brustwarze. Daher kommt es, dass die Kinder sich häufig von der Brust losreissen, wieder und wieder nach ihr haschen und immer neue Partien derselben mit den kranken Theilen in Berührung bringen; so dauert das Saugen eine längere

---

[1]) Refer. in der Vierteljahresschrift für Dermatol. u. Syphilis. 1874, S. 586.

[2]) ibidem 1878, S. 485.

[3]) Celso Pellizzari, Della trasmissione accidentale della sifilide, Milano 1882.

Fig. 3.

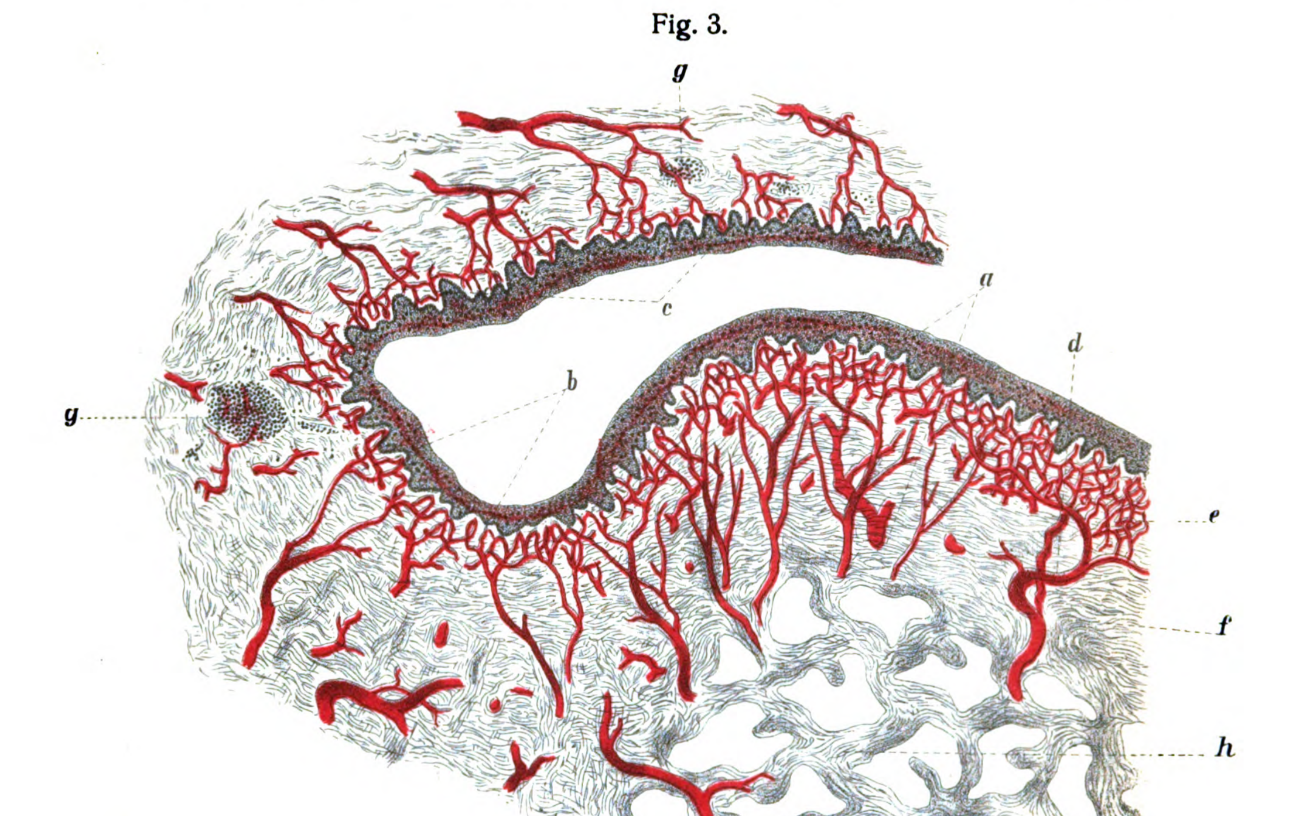
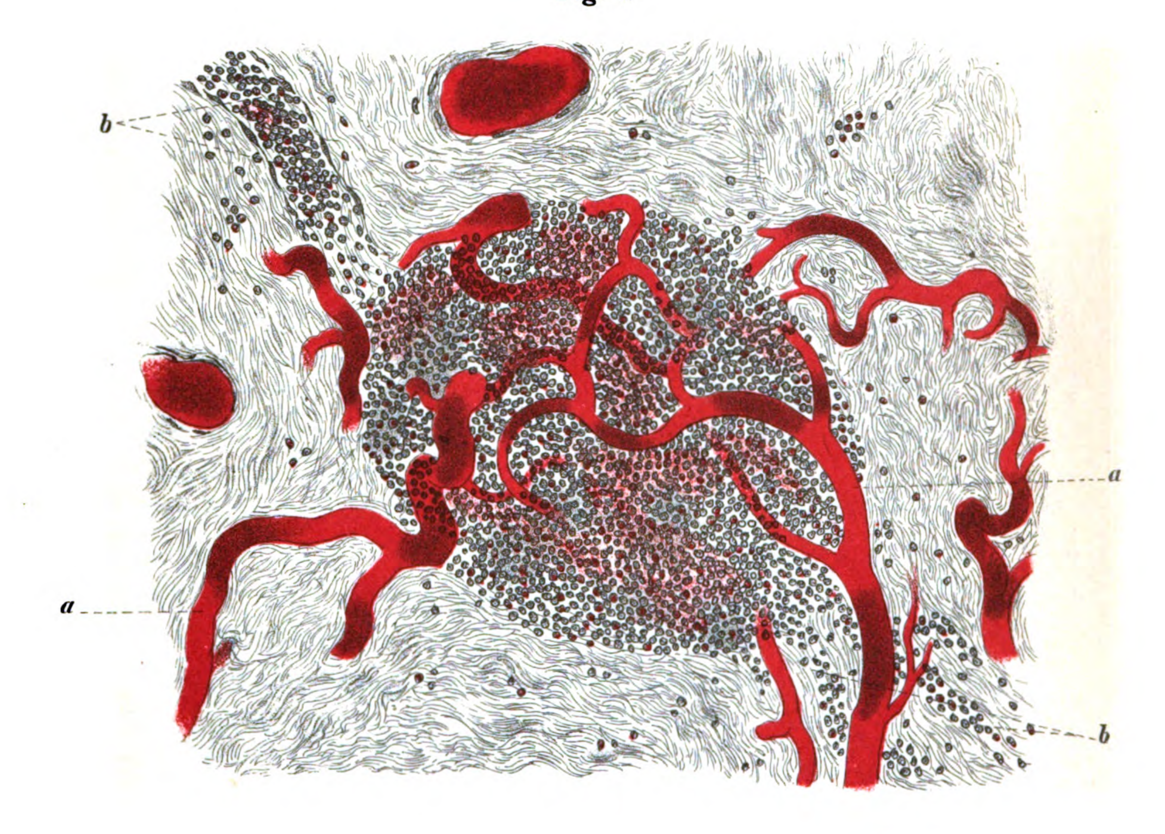


Fig. 4.



FINGER: Beitr. z. Anat. d. männl. Genitale.

Druck v. Sinsel & Co. G. m. b. H. Wien.

Zeit, andererseits wiederholt es sich, da die Befriedigung des Hungergefühls eine ungenügende ist, sehr oft. Unter solchen Verhältnissen kommt es sehr leicht zu Macerationen und oberflächlichen Verletzungen, welche die Infection begünstigen. Diesen eben erwähnten Umstand möchte ich besonders betonen, und erlaube mir an dieser Stelle die Bemerkung einzufügen, dass das syphilitische Contagium nur durch eine verletzte, d. h. ihrer schützenden Epidermis beraubte Stelle der Haut in den Körper einzudringen vermag, wobei selbstverständlich die Verletzung eine blos minimale, vielleicht nur mikroskopisch wahrnehmbare sein kann. Ich führe diesen Umstand nur an, weil Pellizzari speciell bei der Infection durch Lactation, wie auch an anderen Stellen seiner Schrift, behauptet, dass der blosse, oft nur einmalige Contact bei vollkommen unversehrter Haut zur syphilitischen Infection ausreichend sei. Ein zur Stütze dieser Anschauung angeführtes Beispiel ist aber durchaus nicht überzeugend. Eine Art der Infection bei unverletzter Oberhaut wäre denkbar. Es kann nämlich geschehen, dass bei energischem Verreiben, wie beim Waschen der Hände oder des Gesichtes, das auf die Haut gelangte Virus in die Mündung eines Haarfollikels hineingepresst wird und dort günstige Bedingungen zu seiner Entwicklung findet.

Eine andere Art der Uebertragung ist die durch Gegenstände des gewöhnlichen Gebrauches.

In diese Gruppe könnte man den Fall IX einreihen, in welchem die Infection wahrscheinlich durch ein Handtuch vermittelt wurde. Man kann vermuthen, dass auf diesem Wege ein vielleicht zu Borken eingetrocknetes und durch die Feuchtigkeit wieder erweichtes Secret, das nach W. Boeck [1]) seine Inoculabilität durch lange Zeit bewahrt, übertragen wurde. Auch im Falle V liegt die Möglichkeit einer durch eine Pfeifenspitze vermittelten Infection vor. Beide Fälle sind jedoch nach dieser Richtung hin zweifelhaft.

Zur Symptomatologie dieser Formen wäre zu bemerken, dass auch hier der Initialaffect bald in Form eines später indurirenden Geschwüres, bald als circumscripte Sclerose von verschiedener Grösse auftreten kann, die nachher an der Oberfläche exulcerirt.

[1]) W. Boeck. Ueber syphilitische Infectionsweisen und die Inoculabilität des syphilit. Virus. Archiv für Dermatol. 1879, p. 168.



Zum grossen Theile hängt dieser Umstand von der betreffenden Localität ab.

Für die Schanker der Brust hat Fournier drei klinisch zu unterscheidende Formen aufgestellt; die indurirte Fissur, die ekthymatöse Form und die oberflächliche Erosion, doch übergehen nach seiner Angabe diese Formen im weiteren Verlaufe ineinander. Es war uns auch nicht möglich, bei unseren zumeist spät zur Beobachtung gelangten Fällen diese Anfangsstadien zu constatiren.

Die Diagnose dieser an den verschiedensten Stellen vorkommenden Initialerscheinungen der Syphilis ist mitunter in doppelter Beziehung schwierig. Einerseits können mannigfache andere Processe, die an den genannten Orten aufzutreten pflegen, zu Verwechslungen Anlass geben. An der Lippe kann das Epitheliom in Frage kommen, mitunter auch bei hochgradigem Oedem, die seltener zur Beobachtung gelangende Pustula maligna; an der Mamma neben dem Epitheliom eine Form des chronischen Eczems der Brustwarze, welches mit starker Infiltration derselben einhergeht.

Namentlich bietet die Diagnose Schwierigkeiten bei Affectionen der Finger. Ein solcher Process wird in der Regel verkannt, entweder für ein Panaritium gehalten (vide Pellizzari[1]), oder auch, wie mir Herr Prof. Pick mittheilte, von damit behafteten Aerzten mit einer septischen Infection verwechselt.

Andererseits ist es oft schwer, eine bestehende Sclerose als primären Herd zu diagnosticiren.

In dieser Hinsicht ist ein Fall bemerkenswerth, dessen Verlauf ich in Kürze beifügen will.

Mathias C., 28jähriger lediger Taglöhner, aufgenommen am 25. September 1883. Sämmtliche zugängliche Lymphdrüsen waren indurirt. Am Stamme zeigte sich ein papulöses Syphilid, am linken Vorderarme ein exulcerirtes Infiltrat. An der ersten Phalanx des linken Zeigefingers bestand ein Geschwür, dessen Umgebung verhärtet war. Einen Monat zuvor war er wegen indurirter, seit vier Wochen bestehender Ulcera in sulco glandis auf der Klinik in Behandlung gestanden. Schon damals bemerkte er eine Hautaufschürfung seines Zeigefingers und ist der Ansicht, dass er sich von seinen Geschwüren aus inficirt habe. Zur Zeit seines zweiten Spitalseintrittes waren die

[1]) l. c. p. 67.

Genitalien rein und nur im Sulcus wurde eine frische Narbe constatirt. In diesem Falle bestand also eine neben der Genitalerkrankung unbeachtet gebliebene Sclerose des Fingers, die aber nicht als der primäre Infectionsherd aufgefasst werden konnte.

Für die Diagnose aller an den verschiedensten Stellen sitzenden Sclerosen kann auch die constant vorkommende Schwellung der regionären Lymphdrüsen verwerthet werden. Wenn auch sehr viele Fälle in einem Stadium zur Beobachtung gelangen, in welchem neben anderen Erscheinungen der constitutionellen Syphilis allgemeine Drüsenschwellung vorhanden ist, so imponiren in jedem Falle die der Infectionsstelle zunächst liegenden regionären Drüsen durch ihre Grösse und Resistenz.

Wir waren auch in mehreren Fällen in der Lage, dem bei Sclerosen am Penis nicht seltenen Lymphstrange analoge Bildungen zu constatiren. In einigen Fällen gelang es, dieselben bis zu den entsprechenden Drüsen zu verfolgen, in anderen konnte nur festgestellt werden, dass der Strang gegen dieselben hinziehe. Gerade in diesen Fällen bestand eine geringere Schwellung der Drüsen, ein Umstand, der durchaus nicht gegen den Charakter des Stranges als eines Lymphgefässes spricht, da ja durch die Erkrankung des zuleitenden Gefässes eine Fortleitung der Noxe zur Drüse unmöglich wird, daher ist bis zur Herstellung der Wegsamkeit des Gefässes die Anschwellung der Drüse eine minder beträchtliche.

Ein anderer Beweis für die Lymphgefässnatur liegt ferner darin, dass der Strang auch bei Sclerosen solcher Stellen gefunden wurde, wie an den Lippen, wo eine Verwechslung mit Blutgefässen, wofür derselbe von anderer Seite erklärt wurde, nicht stattfinden kann.

Was den Verlauf der auf solche Weise erworbenen Syphilis betrifft, ist zunächst die Dauer des Initialsymptoms in Betracht zu ziehen. Da ergibt sich die Thatsache, dass solche extragenitale Herde eine unverhältnissmässig lange Zeit zur vollständigen Heilung, resp. Resorption bedürfen. Es hängt das wohl mit dem gegenüber dem Genitale geringeren Lymph- und Blutgefässreichthum der betreffenden Partien zusammen. Es kommt regelmässig viel häufiger als bei Sclerosen des Genitales vor, dass bereits



anderweitige, der irritativen Phase der Syphilis angehörende Symptome bei noch manifester Sclerose beobachtet werden. Dieser Umstand lässt es erklärlich erscheinen, dass viele Beobachter von einem schweren und rapiden Verlaufe bei extragenital acquirirter Lues berichten. Pellizzari[1]) spricht von einem besonders malignen Verlaufe solcher Fälle, bei denen die Infection durch Lactation erfolgte. Er nimmt zur Erklärung an, dass das Gift von hereditär syphilitischen, also schwer erkrankten Individuen herrühre, deshalb sei auch die bei der Amme auftretende Erkrankung eine bösartige.

Auch Plummert[2]) theilt zwei Fälle von inficirten Ammen mit, bei denen wenige Monate nach erfolgter Infection gummöse Bildungen aufgetreten sind.

Im Allgemeinen können wir nur sagen, dass es, wie bei geschlechtlich erworbener Syphilis, auch bei der extragenitalen einzelne Fälle gibt, die aus irgend welchen, zumeist individuellen Ursachen einen schweren Verlauf nehmen, wie unser Fall XII, aber es liegen noch zu wenige Thatsachen vor, aus denen man auf einen besonders schweren Verlauf bei dieser oder jener Art der Infection schliessen könnte.

Zum Schlusse fühle ich mich verpflichtet, Herrn Prof. Pick für Ueberlassung dieser Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

---

[1]) l. c.
[2]) l. c.



Aus der Klinik u. Abtheilung für Syphilis des Prof. Auspitz in Wien.

Zur Behandlung der blennorrhagischen Hämaturie.

Von

Dr. M. Horovitz,

Secundararzt I. Classe im k. k. allgemeinen Krankenhause.

Nicht selten wird der Verlauf der acuten oder subacuten Blennorrhöe der männlichen Harnröhre in höchst unliebsamer Weise durch den Hinzutritt einer Hämaturie complicirt. Unter 70 Fällen von acuten und subacuten Trippern, die auf der obigen Syphilis-Abtheilung im Laufe der letzten 3 Monate in Behandlung standen, kamen 7 Fälle von Hämaturie vor. Dieser Procentsatz spricht deutlich genug, um dieser Angelegenheit einige Aufmerksamkeit zu schenken. Unsere Aufmerksamkeit wird aber noch in erhöhtem Masse wachgerufen, wenn wir den klinischen Verlauf derjenigen Tripper in Betracht ziehen, die durch Hämaturien complicirt wurden. Wir erfahren dann, dass der Ablauf der Krankheit bei diesen Patienten ein ungemein schleppender wird; dass Nebenhodenentzündungen, schmerzhafte und monatelang anhaltende blutige Pollutionen und Ejaculationen als Folgekrankheiten auftreten können; dass die gegen das Grundübel gerichtete Therapie auf eine gewisse Zeit unterbrochen werden muss; dass durch die Hämaturie in den angrenzenden Organen so ernste Coeffecte gesetzt werden können, dass dieselben sich nur langsam erholen; eventuell allen Folgen einer schweren Cystitis oder Prostatitis anheimfallen.

Denn in erster Reihe ist es die Harnblase und Prostata,

die in tiefe Mitleidenschaft gezogen werden, da die krankhaft veränderte Stelle in der nächsten Nähe dieser Organe sich befindet und die Blutung daher in der nächsten Nachbarschaft derselben vor sich geht. Man überzeugt sich leicht von der Richtigkeit dieses Ausspruches, wenn man den Kranken beim Acte des Harnens beobachtet. Wenn wir es mit einem recenten Falle zu thun haben, so wird die erste und grössere Hälfte des gelassenen Harnes auf die bekannten Eigenschaften einer acuten Blennorrhöe hinweisen: mässige Trübung, umherschwimmende Flocken, dunkelgelbe Farbe und nach längerem Stehen ein mässiger Bodensatz, bestehend aus Eiterkörperchen und Epithelien. In der zweiten Hälfte des entleerten Harnes hingegen bemerken wir eine grössere oder geringere Menge Blutes, das mit der jedesmaligen Zusammenziehung der Sphincters der Blase und des Compressor Urethrae in kleinen Quantitäten und unter heftigen Schmerzen entleert wird.

Bestand die Hämaturie aber schon längere Zeit, so ist auch die erste Harnhälfte blutig tingirt, zugleich sind die Zeichen einer Cystitis zweiten Grades zu constatiren.

Wenn wir ferner einem an Hämaturie leidenden Patienten in den ersten Tagen seiner Krankheit einen Nelaton-Katheter Nr. 6 oder Nr. 8 vorsichtig einführen, sodann den in der Blase angesammelten Harn abfliessen lassen, respective noch die Blase mit einer neutralen Salzlösung durchspülen und nun beiläufig eine $^1/_4$ Stunde lang abwarten, bis frisch secernirter Harn in die Blase eingetreten ist und denselben jetzt zu Tage fördern, so finden wir, dass derselbe klar und frei von jeder fremden Beimischung erscheint und dadurch haben wir die Ueberzeugung gewonnen, dass der Harn erst auf seinem Wege aus der Blase in die Harnröhre die blutige Beimischung erhielt.

Es ist daher die Annahme gerechtfertigt, dass die Gegend des Blasenhalses oder die Pars prostatica Urethrae den Sitz der kranken Stelle bergen.

Die anatomische Beschaffenheit, die Tiefe, Ausdehnung und Form der krankhaft veränderten Stelle konnte ich leider bislang nie direct untersuchen; da die einzige Untersuchungsmethode, von der allein man in dieser Angelegenheit eine präcise Antwort erwarten kann, die endoskopische Besichtigung des Blasenhalses und der Pars prostatica nämlich bei der grossen Empfindlichkeit der



Kranken gegen starre Instrumente und dem fortwährenden ziemlich reichlichen blutigen Nachsickern sich nicht gut durchführen liess.

Wahrscheinlich handelt es sich dabei um grössere oder kleinere katarrhalische Geschwüre, Arrosionen oder Rhagadenbildung in der Nähe des Blasenhalses und der angrenzenden Harnröhrenpartien.

Wenn nun die Läsion ausserhalb des Bereiches des Blasensphincters sitzt, so wird erst, wenn der Sphincter zu spielen anfängt, also beim letzten Nachträufeln des Harnes Blut aus der Harnröhre treten; sitzt hingegen die wunde Stelle innerhalb der Schliessmuskeln der Blase, so wird nebst dem blutigen Ausfluss aus der Harnröhre, noch Blut in die Harnblase fliessen. Dieses Blut, gemischt mit dem in die Blase fortwährend nachfliessenden und sich daselbst ansammelnden Harne, stagnirt, zersetzt sich und leitet auf diese Weise eine Cystitis ein.

Allerdings kommen Blutungen auch aus dem vorderen Harnröhrenabschnitte im Verlaufe eines acuten Trippers vor, die durch continuirliches blutiges Austräufeln aus der äusseren Harnröhrenöffnung charakterisirt sind, doch von der weiteren Auseinandersetzung dieser Fälle, die manchmal zu ganz reichlichen Blutungen führen können und auf welche die von mir eingeschlagene Therapie ebenfalls Anwendung findet, will ich diesmal ganz absehen.

Wie steht es mit der Therapie dieses Uebels? Wenn wir die gebräuchlichsten Lehrbücher über Syphilis und venerische Erkrankungen und die über diesen Gegenstand handelnden Monographien zu Rathe ziehen, so finden wir, dass in diesen die Hämaturie als eine unangenehme Complication der Tripper geschildert wird, und gegen deren Bekämpfung verschiedene innere und äussere Mittel anempfohlen werden.

Obenan steht die allgemeine Körperruhe und die kalten Ueberschläge auf die erkrankte Gegend. Sodann wird der ganze Arzneischatz der üblichen Haemostatica und Styptica aufgezählt, um aus deren wirksamen Bestandtheilen die verschiedenartigsten Recepte zu combiniren. Secale cornutum und dessen Präparate zum innerlichen und subcutanen Gebrauche, eventuell auch zu Suppositorien, Liquor Ferri sesquichlorati in der Absicht, die styptischen Eigenschaften dieses Präparates noch dann wirksam zu

wissen, wenn es in der bekannten Weise, mit Wasser verdünnt durch die Verdauungswege dem Körper einverleibt wurde; sodann folgt Tannin, Alaun u. s. w. in den verschiedenen Verabreichungsweisen.

Dass die Körperruhe und die kalten Ueberschläge rationelle und in vielen leichten Fällen vollkommen ausreichende Mittel sind, ist gar nicht zu bezweifeln; allein in einer Reihe schwerer und ungewöhnlich hartnäckiger Fälle wird man selbst mit diesen Massregeln nicht auskommen und zu anderen wirksameren Mitteln greifen müssen. Dass die oben erwähnten Adstringentia und Haemostatica in solchen Fällen ganz resultatlos angewendet werden, ist jedem erfahrenen Arzte bekannt. Ebenso steht es mit der Anwendung der balsamischen Mittel der älteren Aerzte und der Compression des Mittelfleisches. Und so war es denn auch ein Fall von ungemein obstinater Hämaturie blennorrhagischen Ursprunges, an dem die früher erwähnten Mittel erfolglos angewendet wurden, bei dem sich schon eine Cystitis zweiten Grades mit bedeutender Schmerzhaftigkeit beim Harnen und fortwährender Harndrang etablirt hatte, der mich veranlasste, einen Nelaton-Katheter à demeure zu befestigen und 24 Stunden liegen zu lassen. Schon bei der nächsten Visite gab der Patient an, dass sein Harn weniger blutig gefärbt abfliesse und der Harnzwang nachgelassen habe. Als ich am zweiten Tage den Katheter entfernte, war die Hämaturie behoben und es blieb nur noch übrig, den Patienten von seiner Cystitis und Urethritis zu befreien.

Seither hatte ich einigemale Gelegenheit, mich dieses Mittels zu bedienen, ich war von der prompten Wirksamkeit desselben immer befriedigt und habe nie eine unangenehme Nebenwirkung gesehen.

Die Wirkungsweise des Verweilkatheters ist übrigens auch leicht verständlich; er tamponirt nämlich die Harnröhre so gleichmässig und milde, dass dadurch einerseits den Bedingungen einer mechanischen Blutstillung vollständig entsprochen wird, anderseits aber das Organ in seiner Function nicht erheblich alterirt wird. In der Regel genügt es, ein Instrument, welches die Nummer 6 oder 7 trägt, durch 24 Stunden liegen zu lassen. Es ist klar, dass man im Falle des Vorhandenseins einer Cystitis sich des schon eingeführten Instrumentes bedient, um die Blase auszuspülen.



A priori könnte man glauben, dass an dem entzündeten Zustande der Harnröhre und an der mit derselben einhergehenden bedeutenden Empfindlichkeit die Manipulationen, wie sie zum Einlegen eines Verweilkatheters nothwendig sind, scheitern müssten. Doch meine Erfahrung spricht dagegen.

Hämaturien, für deren rasche Bekämpfung ich den Verweilkatheter für indicirt halte, kamen nach meiner Beobachtung gewöhnlich erst am Ende der dritten Woche und später vor; d. h. also zu einer Zeit, in welcher die gesteigerte Empfindlichkeit der Urethra einigermassen nachgelassen hat und gegen das Einführen eines weichen Instrumentes toleranter geworden ist.

Schmerzhaft ist übrigens blos das Einschieben des Instrumentes; denn wenn es einmal die erforderliche Tiefe erreicht hat, und nicht mehr hin- und hergeschoben werden muss, dann vertragen es die Patienten ohne besondere Schmerzen von einer Visite bis zur anderen.

Was endlich den Einwurf betrifft, dass man durch das Einlegen eines Katheters den Kranken der Gefahr einer Cystitis aussetze, so muss ich dagegen erwidern, dass bei gut gereinigten und aseptisch aufbewahrten Instrumenten diese Complication nicht eintreten kann; sie kann um so weniger eintreten, als bei den modern construirten Kathetern der sogenannte todte Raum vollkommen ausgefüllt ist und daher das Reinigen derselben sich ganz exact durchführen lässt. Worauf geachtet werden muss, das ist die möglichst glatte Oberfläche der Instrumente. Es dürfen daher rauhe, oft gebrauchte oder von Haus aus wenig gut geglättete Katheter nicht gebraucht werden. Was die Befestigungsweise betrifft, so geschieht dieselbe in der möglichst einfachsten Weise, indem dicht vor dem Orificium externum urethrae eine Insectennadel durch den Katheter gestossen wird, um auf diese Art das tiefere Eindringen derselben in die Blase zu vermeiden. Das spitze Ende wird hierauf mittels einer Kneipzange entfernt. Durch quer über die Nadel gezogene Heftpflasterstreifen wird das Hinausschlüpfen des Instrumentes vermieden. Einige Zirkeltouren um diese Streifen und um den Penis sichern dem Ganzen einen sicheren Halt für 24—48 Stunden.



Ein Fall von Granuloma fungoides
(Mykosis fungoides Alibert).

Von Prof. **Heinrich Auspitz** in Wien.

(Hiezu die Tafeln VII, VIII u. IX.)

I.

Die nachstehende Krankengeschichte und die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung, welche Herr Dr. C. Hochsinger, Secundararzt meiner Abtheilung im k. k. allgem. Krankenhause in Wien auf meine Anregung im Detail durchgeführt und in einem Abschnitte des folgenden Aufsatzes selbst dargelegt hat[1]), — betreffen eine 34jährige, seit 2 Jahren verheiratete, kinderlose Frau B. D. in ausreichend guten ökonomischen Verhältnissen, welche seit August 1884 in meine Behandlung getreten und in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 5. December 1884 sammt den einschlägigen mikroskopischen und Züchtungspräparaten, sowie den Originalien der hier beigegebenen Abbildungen demonstrirt worden ist. (S. Anzeiger der k. k. Ges. d. Aerzte in Wien, Nr. 9, 1884.)

Die nachfolgenden Daten bilden nur den ersten Theil einer noch nicht abgeschlossenen Krankengeschichte und ich vermeide daher vorläufig alle Erörterungen, welche den Charakter einer einfachen pathologisch-klinischen Schilderung trüben könnten. Die Gründe jedoch, warum ich die Publication dieses ersten Theiles der Krankengeschichte und der bisherigen Befunde nicht weiter verzögern will, liegen hauptsächlich darin, dass Parallel-Beobachtungen an ähnlichen Fällen auf diese Weise leichter ermöglicht und dann die Resultate einer gemeinsamen Prüfung unterzogen werden können.

[1]) Die Beschreibung der auf mein Ersuchen von meinem früheren poliklinischen Assistenten Herrn Docenten Dr. E. Schiff angestellten Züchtungsversuche und ihrer Resultate rührt in gleicher Weise aus des Letzteren Feder.



Anamnese.

Die Kranke soll bis zum Jahre 1877 gesund, auch in normaler Weise menstruirt gewesen sein und erst seit diesem Jahre an Magenbeschwerden zu leiden begonnen haben. Gleichzeitig traten nach ihrer Angabe zerstreute grössere und kleinere rothe Flecken und auf diesen Gruppen von Bläschen besonders auf der Rückenhaut auf, welche starkes Jucken verursacht hatten. Diese Flecken- und Bläschenbildung soll sich, auf einzelnen Stellen erlöschend, auf anderen neuauftauchend, nach und nach über andere Körpertheile, seit 1879 auch über die Streckseiten der Vorderarme und die Handrücken, dann die Stirn (besonders die rechte Stirnhälfte) verbreitet haben.

Diese juckenden, theilweise confluirenden rothen Stellen begannen stellenweise rissig und rauh zu werden, dann zu nässen und zu schuppen, und gaben so zur Diagnose eines **schuppigen Eczems** Anlass, wie aus einem noch vorliegenden Recepte von der eigenen Hand **Hebra's** aus dem Jänner 1878 ersichtlich ist, welches ausdrücklich die Diagnose: „Eczema pap. antibrachiorum et faciei cum Anaemia" und die Verordnung von Fowler'scher Tinctur und Tinct. malatis ferri innerlich, äusserlich aber des Ung. Wilsonii (Zinksalbe mit etwas Benzoetinctur) und eines Amylum-Streupulvers enthält.

Die Kranke wurde dann der gestellten Diagnose entsprechend mit den verschiedensten Mitteln behandelt; so in den Jahren 1880 bis 1882 innerlich mit Bromkali und milden Deckmitteln, von 1882—84 äusserlich mit Theer- und Naphtholeinreibungen, den verschiedensten Hg- und Schwefelpräparaten, Seife und Bädern; innerlich mit Atropin, Ergotin, arsenik- und eisenhältigen Medicamenten und Mineralwässern — sämmtlich ohne Erfolg.

Im Jahre 1883 sollen, während das Jucken und die eczemartigen, nässenden Stellen auf der ganzen Haut immerfort zunahmen und in einander flossen, und auch im Gesichte um die linke Orbita rauhe schuppende und nässende Stellen auftraten, zuerst auf der rechten Kopfhauthälfte einige der früher schuppenden Plaques sich excoriirt, dann ineinanderfliessend in eine grössere, mit aufgeworfenem Rande versehene, wenig eiternde, aber immer mit wuchernden, hellrothen Granulationen von Neuem bedeckende Wundfläche verwandelt haben, während in der Nähe einige kleinere, schuppende Stellen gleichfalls stark zu jucken, dann zu schmerzen und endlich sich aufzuschürfen begannen (Ende 1883).



Dies vermochte die Kranke, im April 1884 die ihr angerathene sog. Schroth'sche Semmelkur in Lindewiese bei Freiwaldau zu versuchen, deren Resultat nach dreimonatlicher Dauer freilich wenig befriedigend schien. Während dieses Aufenthaltes der Kranken in Lindewiese hatte sich die offene Stelle über dem rechten Scheitel auch bedeutend ausgedehnt; es soll sich dagegen eine kleine ähnliche Excoriation über dem linken Scheitelbeine, welche an der Grenze der im früheren schon erwähnten ödematösen Schwellung um das linke Auge entstanden war, wieder überhäutet haben. Im Sommer 1884 traten aber theils in Lindewiese, theils nach dem Verlassen dieses „Kurortes" in Wien zwei neue, sich excoriirende und wuchernde Stellen von rundlicher Form auf dem vorderen Theile des behaarten Kopfes neben einander auf, zuerst eine in der Nähe der in Lindewiese geschwundenen Plaque links von der Mitte des Stirnkopftheiles, dann im Lauf der nächsten Wochen in Wien eine etwas kleinere rechts von der vorigen, so dass beide nur wenig von einander getrennt waren, — und endlich entstand unter unseren Augen nach einwärts und vorn von dem Rande der zuerst entwickelten grössten, über der rechten Ohrmuschel stehenden (auf Taf. VII sind diese beiden nebeneinander abgebildet) eine fünfte Wundfläche von kleineren Dimensionen.

Im August 1884 nach ihrer Rückkunft aus Lindewiese wurde mir die Kranke zuerst vorgestellt und trat von da ab in meine Behandlung.

Der damalige klinische Befund entsprach der Diagnose schuppendes chronisches Eczem, was die Haut des Stammes und der Extremitäten betrifft, noch immer; allein die mittlerweile erfolgte Entwicklung und das Aussehen der wuchernden offenen Wundstellen auf dem behaarten Kopfe lenkte sofort meinen Blick auf eine der Geschwulstformen, welchen wegen dieses eigenthümlichen Charakters in der Literatur je nach den Umständen eine granulirende, fungöse, beerschwammähnliche, himbeerartige, frambösioide, fleischwarzenähnliche und dergl. Oberfläche zugeschrieben, und der Hauptcharakter excessiver unregelmässiger Wucherung von Bindegewebselementen oder des zapfenartigen, papillären Auswachsens der Bindegewebesubstanz an Stellen, wo dies normaler Weise nicht der Fall ist, zugemessen wird.

Die Kranke, welche sich regelmässig einige Male in der Woche in meiner Hausordination einfand, also vollkommen mobil



war, ergab in den Monaten September und October etwa folgenden klinischen Befund, welcher auf Tafel VII theilweise wiedergegeben ist.

Die umfangreichste der Wundflächen sitzt in einiger Entfernung über dem rechten Ohre, so dass ihr Centrum etwa dem rechten Seitenwandbeinhöcker entspricht und ihre Grenze nach abwärts circa 5 Ctm. über der Ohrmuschel läuft, jedoch so, dass nur an einigen Theilen, besonders nach rückwärts, der emporgehobene Rand deutlich markirt ist, an anderen Partien des Umfanges aber die Grenze weniger scharf in die flach excoriirten Partien der noch mit Haaren besetzten Umgebung ausläuft, auf deren Basis nur zahlreiche graulich-weisse, lockere Schuppen, hie und da blos eine leichte diffuse Bestäubung sichtbar ist, während auf anderen zusammenhängenden Haarpartien kleine, von Börkchen bedeckte Pusteln sich zerstreut finden.

Die Oberfläche dieser, mit ihrem längsten Rande der Sagittalnaht des Schädels parallel laufenden, schrägoval geformten Wundfläche ist hellroth, uneben, lappig, scheinbar aus derben Gyris wie jene der Gehirnoberfläche gebildet, leicht blutend, sehr wenig Eiter absondernd, hie und da mit dicken hellen und dunklen bis schwärzlichen, schwer und nur unter heftigem Schmerz ablösbaren Borken bedeckt, einzelne leicht nässende Excoriationen zeigend, an anderen Stellen endlich mitten im hochrothen Granulationsgewebe graulich glänzende, wie feinsehnige, silberartige Punkte und Streifen darstellend. Immerhin ist das hellrothe, offen daliegende, gelappte und wuchernde „Granulationsgewebe“ weit vorwiegend, welches jedoch gegen die Ränder hin mehr graulich infiltrirten, speckartigen, wulstartig gestreckten Erhebungen der Masse Platz macht.

Dieser grossen granulirenden Wundfläche zunächst zeigt sich, von deren vorderem Rande durch eine behaarte Hautpartie von einigen □Ctm. getrennt, eine kleinere, höchstens thalergrosse, ebenfalls rundliche, in der Mitte stark wuchernde Wundfläche, die sich erst nach der Rückkehr der Kranken aus Lindewiese gebildet haben soll. Weiter nach der Mitte und nach vorn in der Gegend des Winkels, den die zusammenstossenden Seitenwandbeine mit der Stirnschuppe zur Zeit des Bestandes der vorderen Fontanelle bilden, sitzt eine ähnlich aussehende kleinere, und noch weiter nach links von der letzteren eine weitere, nur wenig



von derselben getrennte, gleichzeitig mit der vorigen entstandene, etwa zwei Thaler grosse und gleichfalls stark wuchernde Wundfläche.

In der Gegend zwischen dem äusseren Winkel des linken Auges und dem vorderen Rand der linken Ohrmuschel, nach oben über die Haut des behaarten Kopfes und die linke Stirnhälfte ausstrahlend, das untere Augenlid bis zum Jochbogen, dann einen Theil des Gesichts bis zum linken Mundwinkel umfassend, zeigt sich die Haut stark ödematös, fein schuppend, leicht geröthet, im obersten Theile leicht excoriirt, hie und da seröse Flüssigkeit absondernd. Diese ödematöse Schwellung soll erst einige Wochen bestehen und ihre oberste Grenze jener kleinsten flachsten Granulation entsprechen, welche, wie oben erwähnt worden ist, gleich nach der rechtsseitigen grossen Wundfläche, also chronologisch als zweite entstanden, aber während des Aufenthaltes in Lindewiese sich wieder zurückgebildet haben soll.

Die Drüsen in der Umgebung beider Ohrmuscheln sowie die Cervicaldrüsen sind beiderseits mehr oder weniger geschwellt.

Die Haut der rechten Schulter, ferner der beiden Oberarme (viel mehr aber des linken) sowohl an den Streck- als Beugeseiten, ferner über beiden Vorderarmen ist in getrennte grössere oder kleinere rauhe, rissige, von Rhagaden durchzogene Flächen oder Plaques umgestaltet, ebenso jene der Handflächen, während die Haut der Finger fast normal erscheint (dort soll übrigens der Process früher auch vorhanden gewesen sein, aber sich dann verloren haben). Ferner sind ähnliche Veränderungen auf der Haut der Oberschenkel, Knie und Waden sowie der Fussrücken sichtbar.

Auch auf der Bauch-, Brust- und Rückenhaut finden sich leicht schuppende, hie und da papulöse, trockene, rissige, mässig juckende Stellen von verschiedener Ausdehnung, an denen sich jedoch der Process theilweise zurückgebildet zu haben scheint.

Auf einzelnen Schleimhäuten, z. B. jenen des Rachens und der Wangen, sowie auf der Spitze der Zunge sollen gleichfalls Bläschen vorübergehend auftreten.

Die Kranke ist schlecht genährt, ihre Schleimhäute sind blass; die Untersuchung der Lunge und des Herzens ergibt jedoch keine Erkrankung. Der Radialpuls klein, aber gleichmässig; die Secretionen normal. Auch der Appetit, wenn nicht gerade heftige Schmerzen

an einzelnen Stellen, besonders häufig im Bereiche der gewulsteten Wundränder vorhanden sind, ziemlich ungestört. Die Menstruation erfolgt, mit einzelnen Störungen, in normalen Zwischenräumen und in normaler Weise.

Diagnose und Verlauf der Krankheit.

Die Diagnose, welche ich in diesem Krankheitsfalle stellte, war, wie schon oben ersichtlich gemacht wurde, „Granuloma fungoides" meines Systems, in die Classe der „Chorioblastosen" (Hautkrankheiten durch anomales Wachsthum der Bindegewebselemente der Lederhaut hervorgebracht), und zwar in deren zweite Abtheilung „Granulome" (Virchow's Granulationsgeschwülste) gehörig, sich also an Lupus und Scrofuloderma anschliessend, jedoch nicht von syphilitischer Provenienz.

Die nähere klinische und pathologische Begründung dieser Diagnose wird erst nach dem Schlusse der Krankengeschichte gegeben werden können, also besser auf die zweite Hälfte dieses Aufsatzes, welche erst nach Abschluss der Krankheit auch die Schilderung des Bildes derselben abschliessen soll, verspart bleiben.

Zunächst will ich jedoch schon hier betonen, dass die Richtung der mikroskopischen Untersuchung der kranken Partien mit voller, nahezu zwingender Rücksicht auf das prägnante klinische Bild eingeleitet wurde, dass also keinesfalls ein Zufall dem weiteren Lauf der anatomischen Untersuchung seine bactereologische Richtung gegeben hat, sondern dass wohlbekannte klinische Analogien zwischen nässenden, eiternden, Abscesse bildenden Geschwulstformen der Haut und parasitären Hautbefunden pflanzlicher oder thierischer Art sich mir gleich von vorne herein aufgedrängt hatten, wie sie z. B. auch in der ätiologischen Beziehung des sogenannten „Kerion Celsi" zum Pilze des „Herpes tonsurans", einen classischen Ausdruck finden.

Ich will daher hier nur den ersten Theil des klinischen Verlaufes und der eingeschlagenen Therapie in Kürze darlegen und dann zunächst für die Darlegung des an unserer Kranken constatirten mikroskopischen Befundes dem Herrn Dr. Hochsinger das Wort überlassen.

Die Behandlung der Kranken bestand zunächst nach ihrer ersten Untersuchung, also vom September 1884 an weiter, in einer

Fig. 5.

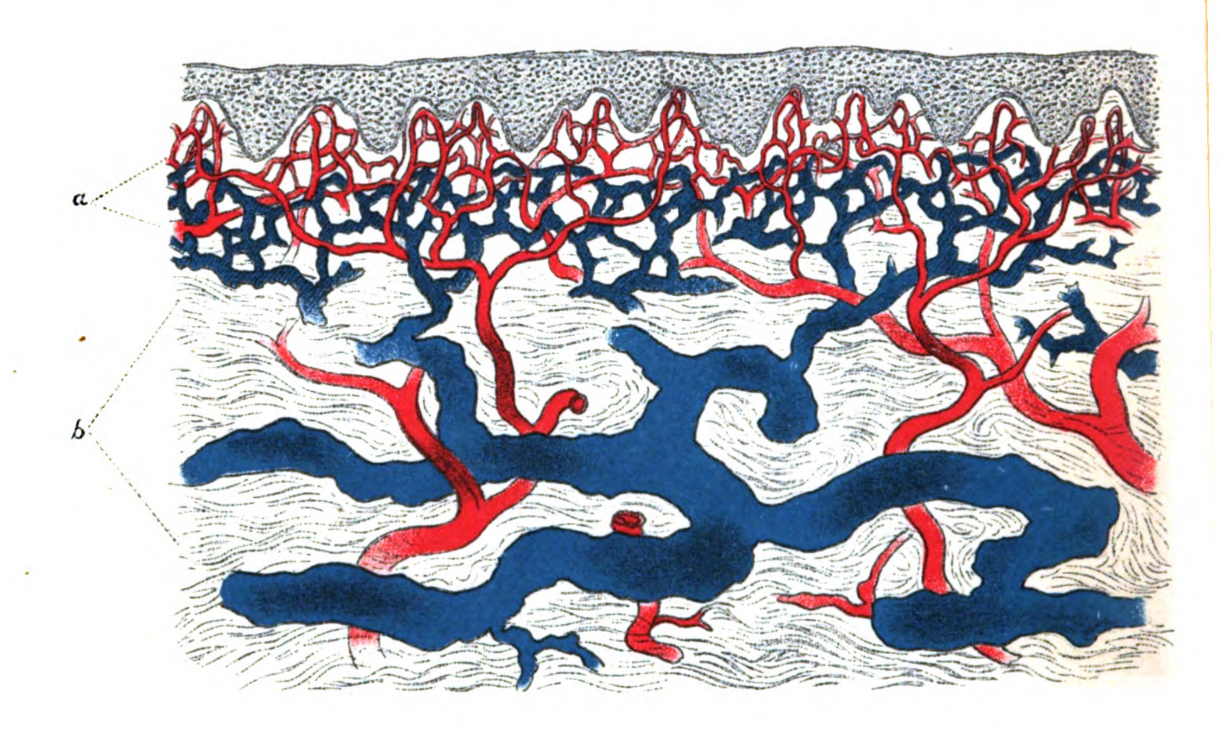
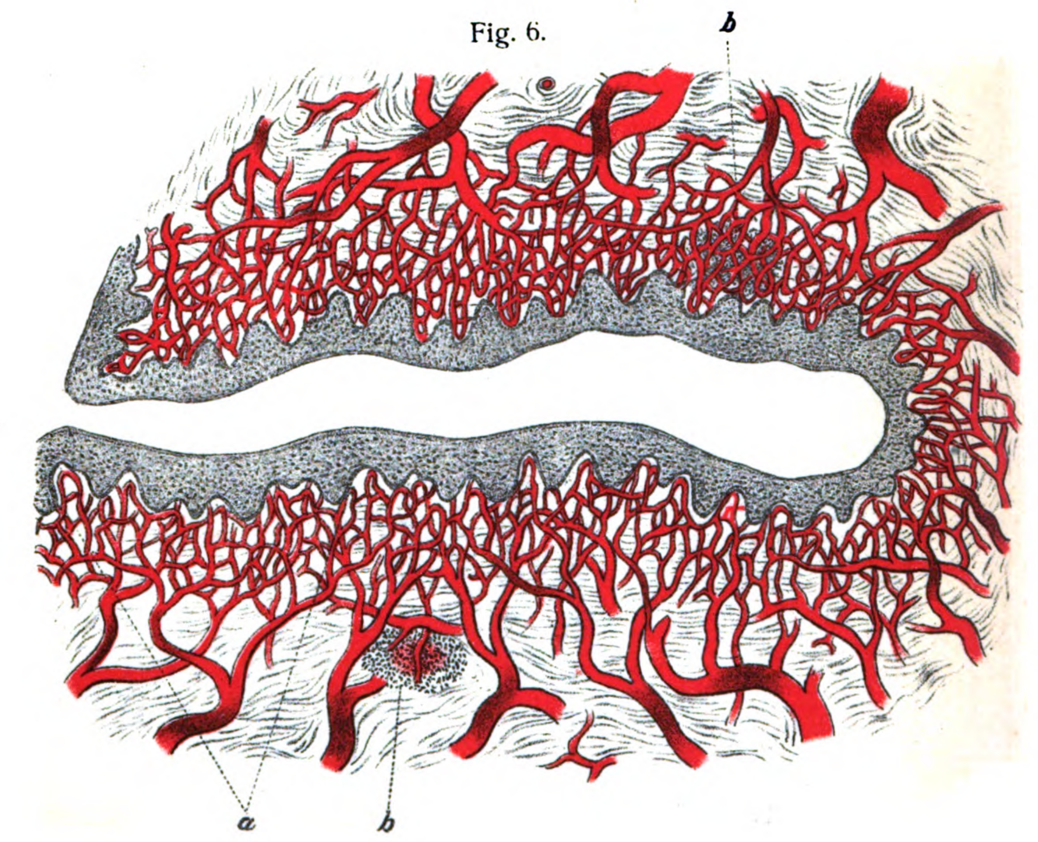


Fig. 6.



FINGER: Beitr. z. Anat. d. männl. Genitale.

möglichst stärkenden Allgemeindiät und Kräftigung durch Eisen, alkoholische Getränke u. s. w.; local in der Anwendung deckender und dabei schonend desinficirender Mittel bei Vermeidung aller die Haut reizenden Applicationen. Die wuchernden Geschwürsflächen auf dem behaarten Kopfe wurden, da eine auf den Spray oder Strahl von Spritzen und dergl. basirte Abspülung der Wundstellen von der Kranken nicht ertragen wurde, mit Braunsteinhaltigen Fettgemischen und Lösungen durch Abtupfen vermittelst Wattetampons schonend gereinigt, und hierauf mit Jodoform in Pulverform und Stücken von Jodoformgaze bedeckt.

Die Empfindlichkeit der wuchernden Wundstellen, insbesondere an gewissen Stellen des Randes, war und ist so enorm, dass selbst die leiseste Berührung als Schmerz empfunden wird; eine energische Reinigung der Wundoberflächen von den daraufhaftenden nekrotisirenden Gewebstheilen, sowie von den Resten der Medicamente und des Jodoformpulvers aber stundenlanges Leiden nach sich zieht, welchem selbst stärkere subcutane Morphininjectionen nicht zu steuern vermögen. Doch leistete das Jodoform, besonders als Gaze angewendet, längere Zeit gute Dienste, da es die Eiterung beschränkte, anderseits die Wucherungen lebhaft roth erhielt, aber nicht übermässig in die Höhe schiessen liess. Alle dazwischen angestellten Versuche mit Aetzmitteln in Substanz und Lösung (Lapis inf., Kali caust., Sublimat 1 : 5000 als Verbandwasser, in stärkerer Dose zur Aetzung), ferner von aufsaugenden Pulvern, wie Gyps, Coaltar, Tannin mit Kampher u. dgl. konnten immer nur kurze Zeit angewendet werden, und es musste immer wieder zum Jodoform zurückgekehrt werden.

Dabei blieben, wie erwähnt, die Wucherungen ziemlich lebhaft roth, aber nicht überwuchernd; von einer gesunden Ueberhäutung war freilich nirgends etwas wahrzunehmen, andererseits nahmen die wuchernden Wundflächen durch Ausbreitung der Excoriation und Granulation von den Rändern aus stellenweise an Umfang zu und einzelne gingen ineinander über, während neue Granulationen, wie schon angegeben wurde, auch ohne Zusammenhang mit schon bestehenden an verschiedenen Stellen auftraten. Der Versuch, solche Stellen, so lange sie noch als Impetigo-Pusteln und Borken erschienen, durch directe Aetzmittel verschie-



dener Art, z. B. Galvanocaustik zu zerstören, hatte nur ein stärkeres Nachwuchern im Gefolge.

Im Verlaufe des Jänner 1885 traten plötzlich leichte Erscheinungen von Jodoformvergiftung auf, welche bis dorthin in keiner Weise die Behandlung gestört hatten, inbesondere Uebelkeiten.

Sofort wurde der Jodoformgebrauch für mehrere Tage ganz eingestellt und dann nur in sehr beschränkter Weise fortgesetzt. Dies hatte nun aber ein sehr starkes Ueberhandnehmen der Eiterung im Gefolge, wodurch wohl das Niveau der Geschwülste besonders in ihrer Mitte einsank, die bisher festen, theilweise mit Borken bedeckten Gewebsreste, gefässhältigen Bindegewebsbalken u. dgl., sowie frisch gewucherte Fleischwarzen sich in breiige, purulente, nekrotische Gewebsmassen umwandelten, die leicht abgespült wurden, aber weder die Ausdehnung des Processes, noch die Schmerzhaftigkeit desselben verminderten.

Nach wie vor bringt jeder Versuch zu einer, wenn auch sehr localisirten Touchirung mit stärker reizenden Verbandmitteln, in Gazeform oder in flüssigen Formen auch nur kurze Zeit auf eine der granulirenden Flächen gebracht, in der Umgebung starkes Oedem und Erythem, selbst Pseudoerysipel hervor, so dass ich von der aus vielen Gründen erwünschten Anwendung des Sublimats in seiner neuesten Bereitungsform mit Serum nach Lister zum Zwecke der Wunddesinfection anfangs ganz abstehen musste.

Die Versuche mit schwächeren Concentrationen dieses und ähnlicher Mittel werden überdies noch weiter fortgesetzt werden, so lange der allgemeine Kräftezustand der Kranken, wie bisher, dies halbwegs gestattet.

Was die übrige Haut der Kranken betrifft, so zeigte sie während des ganzen Verlaufes der letzten Monate bei starker Trockenheit und mässiger Abschuppung der infiltrirten eczemartigen Partien doch eine geringere Juckempfindung, geringere Reizbarkeit und weniger Secretion als früher, offenbar in Folge der schonenden, sich auf Deckmittel, wie Salicyl-Vaselinpasta, milde benzoinirte Salbengemische u. s. w. beschränkenden Therapie, wobei principiell die der Haut Flüssigkeit entziehenden Mittel, wie alle Alkoholica, Glycerin, Wasser in Form von Bädern u. s. w., sowie die Theerpräparate, welche früher starke Anwendung bei der Kranken



gefunden und ihrer Haut gewiss nicht genützt haben, vermieden wurden.

Ich breche nun diese Skizze des Krankheitsverlaufes, welcher im Vorigen bis Ende Februar 1885 angedeutet worden ist, vorläufig ab, um den Bericht über die Ergebnisse der mikroskopischen Gewebe-Untersuchung folgen zu lassen.

II.

Bericht über die mikroskopische Untersuchung einschlägiger Gewebstheile.

Vom Secundararzte Dr. **Carl Hochsinger** in Wien.

(Siehe die Tafel VIII.)

Zur anatomisch-mikroskopischen Untersuchung gelangten excidirte Stücke aus der hypertrophischen Wucherung der Kopfhaut, Haare in der Umgebung derselben und Schuppen von den verschiedenen infiltrirten Plaques an der Brust und den Extremitäten.

Alle zu untersuchenden Gewebspartien wurden zum Schutze vor accidentellen Verunreinigungen unmittelbar nach ihrer Entfernung vom Körper in absoluten Alkohol gelegt und dann in der sorgsamsten Weise mit pilzfreien Reagentien und frisch desinficirten Instrumenten behandelt, so dass ein zufälliges Hineingelangen von Pilzkeimen in die Präparate wohl auszuschliessen ist.

Zur histologischen Untersuchung der excidirten Gewebsstücke wurden Schnittpräparate angefertigt, an welchen zunächst eine Doppelfärbung mit Lithioncarmin und Malachitgrün zur Differenzirung der einzelnen Gewebselemente vorgenommen wurde. An solchen Präparaten ergeben sich folgende Verhältnisse:

Bei schwächeren Vergrösserungen (Hartnack Obj. 4 Oc. 3 Vergr. 650) präsentiren sich dem Beobachter eine Menge gesättigt kirschroth gefärbter, auf Längs-, Quer- oder Schiefschnitten getroffener, kernloser Bindegewebsfibrillenbündel, zwischen welchen man eine stellenweise graugrüne, stellenweise intensiv dunkelgrasgrüne, theils aus Zellen, theils aus einer amorphen körnigen



Substanz bestehende Masse in ungleich intensiver Vertheilung eingelagert findet. Diese grüngefärbten Gewebstheile durchziehen grösstentheils in Form feiner, stark granulirter, glänzender Streifen die Zwischenräume zwischen je zwei Fibrillenbündeln oder bilden zusammenhängende Plaques, die, wie sich bei stärkerer Vergrösserung zeigt, aus einer massenhaften Anhäufung dichtgedrängter Granulationszellen bestehen.

Untersucht man solche Gewebsschnitte mit stärkeren Linsen (Reichert Obj. 8, Vergr. 600 f.), so bemerkt man wesentlich Folgendes:

a) Ein grosser Theil der Gewebspartien besteht aus dicht aneinandergereihten, theils parallel verlaufenden, theils vielfach sich durchkreuzenden Fibrillenbündeln eines zellenarmen, derben Bindegewebes, welches sonst keine besonderen Eigenthümlichkeiten zeigt. Es ist offenbar schon fertig ausgebildetes Gewebe, am ehesten mit altem Fibrom- oder Narbenbindegewebe vergleichbar. Nur an wenigen Stellen, zumal an der Grenze zwischen demselben und dem gleich zu besprechenden interfasciculären, neoplastischen Granulationsgewebe findet man die Fibrillenbündel mit graulichgrünen Häufchen und Streifen bedeckt, welche aus feinen, dunklen, scharf contourirten Körnchen bestehen.

b) Zwischen diese Bündel und stellenweise diese durchsetzend ist ein feines, äusserst zartes, zellenreiches, succulentes, grossmaschiges, offenbar ganz junges Bindegewebe eingelagert, welches durch seinen starken Glanz und den graulichgrünen Farbenteint von dem alten, fertig ausgebildeten Gewebe absticht. Dabei zeigt sich eine ganz eigenthümliche feine Bestäubung der einzelnen Fasern und Faserzüge dieses intercalaren Maschenwerkes, so dass man an vielen Stellen derselben miliare grasgrüngefärbte aus Zellenanhäufungen bestehende Herde unterscheiden kann.

c) Die zelligen Elemente sind in sehr ungleicher Anordnung vertheilt. An manchen Schnitten findet man kaum eine bedeutendere Ansammlung von solchen, an anderen hinwiederum, besonders wenn sie aus oberflächlicher gelegenen Partien gewonnen waren, occupiren sie den grössten Theil des Präparates und finden sich in Form dichter das ganze Gesichtsfeld einnehmender, fein reticulirter Haufen, welche aus stark granulirten, häufig in fettig körnigem Zerfall begriffenen Rundzellen bestehen. Ueberdies ist das interfasciculäre junge Binde-

gewebe an vielen Orten von Rund-, Spindel- und epitheloiden Zellen durchsetzt, welch letztere besonders häufig die feinen Lücken des intercalaren Bindegewebsmaschen- und Balkenwerkes ausfüllen und gleichfalls die schon früher hervorgehobene, äusserst auffallende Körnung und Bestäubung des Protoplasmas zeigen. Nur selten findet man deutliche Kerne in den Zellen, an sehr vielen derselben ist ein solcher gar nicht wahrzunehmen, an den meisten andern nur als undeutlich abgegrenzter, verwaschener, dunklerer Fleck im Zellleibe zu erkennen.

Das ganze Gewebe ist nicht sehr gefässreich; nur an solchen Partien, wo das junge Bindegewebe besonders stark entwickelt ist und in den Herden der Granulationszellen finden sich reichliche Capillaren. Nebenbei sei noch erwähnt, dass vom eigentlichen Cutisgewebe nirgends mehr etwas zu entdecken und dass weder von Papillen noch vom Epithel irgend eine Andeutung mehr vorhanden ist. An Stelle des Hautgefüges ist eben eine enorme Wucherung von neoplastischem Granulationsgewebe getreten, dessen verschiedene Phasen wir nur mehr überblicken, indem wir einerseits derbe, zellenlose, narbenähnliche Fibrillenbündel als das Endprodukt der ehemaligen Gewebsproliferation, dazwischen aber eine massenhafte Wucherung von jungem, zellenreichem Bindegewebe und endlich eine diffus verbreitete frische Zellenproliferation eingeschoben finden.

Dieser histologische Befund schliesst sich wohl ohne Zwang an den klinischen Terminus „Granuloma fungoides", wiewohl an unseren Präparaten weniger das eigentlich frische Granulationsgewebe als spätere und Endphasen des Granulationsprocesses sich geltend machten. Daneben jedoch fesselte noch die diffuse körnige Bestäubung der feinen Bindegewebsfibrillen und einzelner Zellhaufen, sowie die intensive Tinctionsfähigkeit einzelner Gewebspartien mit der grünen Anilinfarbe unsere Aufmerksamkeit um so mehr, als dadurch die auf die klinische Beobachtung gestützte Vermuthung, dass wir es etwa mit einer Ansiedlung von Mikroparasiten im erkrankten Gewebe zu thun hätten, bestärkt wurde.

Um Irrthümern in der Deutung des mykologischen Befundes von vornherein möglichst zu begegnen, musste nun eine Färbungsmethode angewendet werden, welche geeignet ist, die Mikroorganismen allein in intensiver Färbung im mikroskopischen



Bilde hervortreten, das übrige Gewebe aber vollkommen ungefärbt zu lassen, gleichsam aus dem Gesichtsfelde zu eliminiren. Dies gelang mit Hilfe des Gram'schen, von Friedländer vor Kurzem in die mikroskopische Technik eingeführten Färbungsverfahrens in ganz entsprechender Weise.

Indem wir bezüglich der Details dieser Präparationsmethode auf die Originalarbeit selbst [1]) und auf die Schilderung des Verfahrens in Friedländer's „mikroskopische Technik" [2]) verweisen, wollen wir jedoch hervorheben, dass nur bei sklavischer Nachahmung dieser Methode die vollkommene Entfärbung der Schnitte und das reine Hervortreten des Schizomycetenbildes gelingt.

Nachdem nun unsere Gewebsschnitte nach der Gram'schen Methode mit der vorgeschriebenen Gentianaviolettlösung behandelt und zur Erhöhung des Contrastes eine Gegenfärbung mit Bismarkbraun an denselben eingeleitet worden war, wurden dieselben in Nelkenöl geklärt, sodann in Canadabalsam eingeschlossen und nun der mikroskopischen Untersuchung unterzogen.

Schon bei der Untersuchung der Schnitte mit schwacher Vergrösserung zeigten sich im Gesichtsfelde zahlreiche purpurviolett glänzende, aus violetten Punkten gebildete Häufchen, Striemen und Streifen, sowie amethystblaue Netze, welch letztere an einzelnen Stellen ein feines, intensiv gefärbtes Maschenwerk in und zwischen den Maschen des fein reticulirten, gänzlich entfärbten oder braun tingirten Bindegewebes bildeten, während an anderen Stellen blos eine feine bläulich-violette Bestäubung des fibrillären Gewebes auffiel. An manchen Partien hat die Gentianaviolettfärbung so überhand genommen, dass der grösste Theil des Gesichtsfeldes von ihr occupirt wird und das braun gefärbte Granulationsgewebe nur in Form zarter granulirter Scheibchen oder feiner Fasern und Streifen zum Vorschein kommt, welche sich bescheiden zwischen die dichten, dunkelviolett gefärbten Massen hineinschmiegen (Taf. VIII Fig. 1).

Den hier constatirten Befund kann man an allen Präparaten deutlich entwickelt finden; er lässt sich kurzweg als diffuse

[1]) Friedländer's Fortschritte der Medicin 1884, Nr. 6.

[2]) II. Auflage 1884.



bacteritische Infiltration des Gewebes bezeichnen. Allein an vielen Präparaten kann man noch eine andere Form der Coccenanhäufung erkennen, nämlich die Bildung isolirter, scharf abgegrenzter, intensiv dunkelgefärbter Herde, welche im Centrum gewöhnlich am stärksten tingirt sind, von da aus an Intensität der Färbung gegen die Peripherie hin nachlassen und häufig radiäre, aus feinen violetten Pünktchen bestehende Ausläufer, ähnlich den Fortsätzen einer in starker Vergrösserung gedachten multipolaren Ganglienzelle, in das umliegende Gewebe senden. Solche Stellen sind hauptsächlich in den tieferen Schichten des Gewebes zu finden, während an oberflächlich gelegenen Theilen mehr die diffuse Bestäubung prävalirt.

Unterzieht man nun einen solchen Herd der Besichtigung bei starker Vergrösserung mit einer homogenen Immersionslinse und offenem Abbé'schen Condensor, so löst sich derselbe in eine Unzahl dicht aneinandergedrängter, blauviolett gefärbter Coccen auf, deren Massenhaftigkeit und vollkommene Reinheit im Gesichtsfelde den Eindruck einer künstlich hergestellten Reincultur des Pilzes macht. Die feineren Details derselben lassen sich besonders genau an den Grenzen des Herdes oder an den in das Gewebe vorgeschobenen Ausläufern derselben studiren.

Vor Allem ist es auffallend, dass sämmtliche Coccen kreisrund erscheinen, alle gleich gross sind und fast nie einzeln und isolirt, sondern regelmässig in kurzer Ketten- oder Häufchenform angereiht vorkommen. Ihre Grösse beträgt 0·9—1·2 Mikromillimeter; die Anordnung geschieht in der Regel in Diplococcenform, mit häufig kaum messbarem Interstitium zwischen den Einzelindividuen, sehr häufig in Streptococcenreihen zu dreien bis fünfen. Daneben findet sich nicht selten eine sarcinoide Gruppirung oder die Anordnung in Form eines gleichseitigen Dreieckes, dessen Ecken von je einem Coccus gebildet werden.

Die Diplococcenreihen selbst sind stellenweise zu kleinen rundlichen Häufchen zusammengeballt, welche 20—30 Paare und darüber in sich schliessen, ohne dass aber eine Zoogloenbildung dadurch zu Stande kommt, indem eine gallertige Einschlussmasse der einzelnen Häufchen sich selbst bei Anwendung der schärfsten Linsen nicht nachweisen lässt.

Eine weitere Art der Gruppirung, welche besonders wegen der bei derselben vorliegenden Möglichkeit der Verwechslung mit anderen Schizomycetenarten erwähnenswerth erscheint, ist die in Form 3—4 Mikrom. langer und 1 Mikrom. breiter Säulchen, die bei oberflächlicher Betrachtung, zumal bei Anwendung schwächerer Vergrösserungen für Bacillen imponiren könnten, während sich dieselben bei genauerer Untersuchung und wechselnder Einstellung als dicht zusammenhängende Coccengruppen, gewöhnlich aus 3—4 Einzelindividuen bestehend, erkennen lassen. Ueberdies wird auch schon die für Bacillen doch zu bedeutende Plumpheit dieser Gebilde, die unproportionirte Breite derselben, sowie ihre bei Anwendung stärkerer Vergrösserungen immerhin leicht erkennbare perlschnurartige Zusammensetzung mit wahrnehmbaren Interstitien zwischen den Einzelgliedern vor Verwechslung mit Bacillen schützen.

Die Thatsache, dass es trotz der sorgfältigsten Durchmusterung der Präparate nicht gelungen ist, auch nur einen einzigen Bacillus mit Sicherheit nachzuweisen, ist ein um so schwerer wiegendes Moment, als die Neubildung oberflächlich stellenweise exulcerirt war und man vielleicht an ein zufälliges Hineingelangen der im eitrigen Secrete vorhandenen Spaltpilzformen, worunter ja auch stets Stäbchenpilze zu finden sind, hätte denken können.

Auch der Mangel jeder Umhüllungskapsel, sowie das Fehlen von Zoogloeahüllen, die vollkommene Kugelform, sowie die constante Grösse dieser Mikrococcen sind, wie es scheint, nicht ohne Bedeutung bezüglich der Differenzirung von anderen bisher in pathologischen Geweben gefundenen Coccen, indem sie sich hierdurch von Pneumonie-, Erysipel-, und Gonococcen, sowie den in pyämischen Abscessen und in diphtheritischen Membranen beobachteten wesentlich unterscheiden.

Was weiter die Beziehungen zwischen den soeben beschriebenen Mikrococcen und dem pathologischen Gewebe betrifft, können wir im Allgemeinen den Satz aufstellen, dass sich die mikroparasitäre Infiltration vornehmlich an die jüngeren Gewebspartien, besonders aber an das feine intercalare Maschenwerk und die Granulationszellenhaufen hält. In dem jungen Bindegewebe folgt die Coccenansiedelung in Form einer dichten, aber deutlich controlir-

baren Bestäubung dem feinen Fasernetze, jedoch ohne die Lücken zwischen den Netzen auszufüllen, es sei denn, dass sich in solchen bedeutendere Zellenlager vorfinden, die dann um so beträchtlicher von dem Parasiten durchsetzt erscheinen.

Besonders schöne und klare Bilder gewinnt man an mit Gentianaviolett und Vesuvin doppelt gefärbten Durchschnitten, wo man in und auf den graulich-braunen Gewebsfasern die dunkelviolett gefärbten Coccengruppen in ihrer charakteristischen Anordnung, gewöhnlich in Diplococcen- oder Häufchenform um so deutlicher hervortreten sieht. Es versteht sich wohl von selbst, dass nicht an allen Stellen die Durchwucherung des jungen Bindegewebes eine gleich intensive ist, doch wird man kaum ein Gesichtsfeld unter dem Mikroskope finden, wo sich nicht — vorausgesetzt, dass das betreffende Gewebe darin vorhanden ist — mit Sicherheit Mikrococcen in den Fasern desselben nachweisen liessen. An sehr vielen Stellen jedoch ist die Ansiedelung des Pilzes eine so enorme, dass die Gewebsstructur durch sie ganz verdeckt wird, und nur die eigenthümlichen, doppelt contourirten Netz- und Maschenfiguren in der Ausbreitung der Pilzvegetation an den areolären Bau des eingangs beschriebenen intercalaren, grossmaschigen Bindegewebes erinnern, dessen Contouren und feinere Structur jedoch auch hier durch Einschiebung einer stärkeren Blendung vor den Condensationsapparat sofort zur Ansicht gebracht werden können.

Von hohem Interesse ist der Coccenbefund an den im Gewebe eingelagerten Rund- und den epitheloiden Zellen. Vor Allem muss hier constatirt werden, dass die an der Oberfläche des Granuloms gelegenen Zellenhaufen viel seltener und in viel geringerem Masse eine Cocceninfiltration zeigen, als die in den tieferen Gewebsschichten vorhandenen oder in den Bindegewebsmaschen eingelagerten epitheloiden Zellen. Durch den raschen Wechsel zwischen Neubildung, Zerfall und Abstossung der an der secernirenden Oberfläche angehäuften Zellenmassen und vielleicht auch in Folge der beständigen Application antiseptischer Mittel auf dieselben ist den Pilzkeimen das Eindringen in die Zellen offenbar bedeutend erschwert oder gar unmöglich geworden. Hingegen bietet sich genügende Gelegenheit hierzu bei den in den tieferen Gewebsschichten, besonders zwischen den Binde-



gewebsfasern interponirten Zellen, die denn auch in der überwiegenden Mehrzahl von Coccenvegetationen durchsetzt erscheinen. Nicht selten beherbergt dann eine grössere Zelle 10 bis 15 Exemplare, welche gewöhnlich in Diplococcen- oder Sarcineform angeordnet erscheinen. Die bei Anwendung des Gram'schen Verfahrens zu Stande kommende vollkommene Homogenisirung des Protoplasmas, sowie das Fehlen jeder Kernfärbung in den Zellen ermöglicht es, die in denselben eingeschlossenen Mikrococcen mit der grössten Sicherheit zu erkennen und mit den ausserhalb der Zellen im Gewebe befindlichen zu vergleichen, wobei sich die complete Identität derselben herausstellt.

Besonders gut sind diese Verhältnisse zu studiren an solchen Stellen des Bindegewebsnetzes, wo die Mehrzahl der eingeschlossenen Zellen aus den Maschen herausgefallen ist und nur einzelne ganz isolirt in einfacher Schichte im Gesichtsfelde erscheinen (Fig. 2), indem man dann häufig zu beobachten in der Lage ist, wie ganze Ketten zu 2—4 Stücken oder gar zu Häufchen geballte Colonien in den Zellenleibern eingeschlossen sind.

Die Zellkerne sind fast nirgends deutlich erkennbar, oder wo Andeutungen von solchen vorhanden sind, verschwimmen dieselben ohne Grenzen im übrigen Protoplasma. Ob diese Erscheinung blos auf Kosten des Gram'schen Verfahrens allein zu setzen, oder ob dies als ein Effect der Schizomyceten-Ansiedelung in den Zellen anzusehen ist, wagen wir nicht mit voller Sicherheit zu entscheiden, doch erhält die letztere Annahme eine gute Stütze durch den Umstand, dass, wie schon Eingangs betont wurde, bei gewöhnlicher Färbungsmethode der Schnitte nur selten gut ausgebildete Kernfiguren in den Infiltrationszellen zu finden sind, vielmehr in der Regel nur trübe, undeutlich verschwommene kernähnliche Gebilde im Zellprotoplasma vorkommen.

An diesen bacteriologischen Befund in den erkrankten Partien der Kopfhaut schliesst sich noch die Wahrnehmung, dass die nämliche Coccendurchwucherung auch in den Haarbälgen, den Wurzel- und Markscheiden der in der Umgebung des Granuloms befindlichen Haare in exquisitester Weise zu constatiren ist.

War schon der mikroskopische Befund in den excidirten Gewebsstücken darnach angethan, die mycotische Natur der vorliegenden Dermatose höchst wahrscheinlich zu machen, so gewann



die ganze Auffassungsweise des Krankheitsbildes unter einem gemeinsamen Gesichtspunkte und die Annahme der ätiologischen Identität der so hochgradig polymorphen Hautveränderungen in unserem Falle noch grössere Präcision durch den Nachweis derselben Mikrococcenanhäufungen in den Schuppen der flachen eczemähnlichen Infiltrate an der Haut des Stammes und der Extremitäten (Fig. 3). In allen Schichten und Lagen der abgestossenen Hornmassen wuchert die Mikrococcenbrut in derselben Weise, wie in den beschriebenen Schnittpräparaten. Dieselbe Grösse, Form und Anordnung wie früher, nur die Vereinigung zu grösseren Häufchen und Ketten ist häufiger. Doch nicht allein zwischen den Lamellen der Schuppen sind die Pilzcolonien zu constatiren, sondern auch in die Epidermiszellen sind die Coccen massenhaft eingedrungen, wie man sich durch die Untersuchung solcher Stellen der Schuppen überzeugen kann, an deren Unterfläche noch Epidermiszellen vorhanden sind. [1])

Da sich bei der Schuppenfärbung nach Gram das Schuppengewebe wegen der raschen und intensiven Einsaugung des Farbstoffes in und zwischen die spröden Hornlamellen nur sehr schwer entfärben lässt, ist hier der Untergrund stets ein wenig mit der Anilinfarbe tingirt, besonders wenn ausgedehntere Zellenlager denselben occupiren. Die einzelnen Epidermiszellen erscheinen dadurch in hellrosafarbener Tinction, während die von ihnen eingeschlossenen Mikrococcen eine tiefdunkel-schwarzviolette Färbung darbieten.

---

[1]) Da namentlich in letzterer Zeit von Eberth, Bizzozero und Pellizzari auch in der normalen Epidermis verschiedene Schizomycetenformen aufgefunden worden sind, schien es angezeigt, in dieser Richtung einige Controllversuche anzustellen. Zu diesem Zwecke wurde eine grosse Zahl von Psoriasisschuppen und ferner normale Epidermis nach der Gram'schen Methode untersucht, ohne dass dabei jemals auch nur ein einziger Spaltpilz in der Epidermis sich auffinden liess. Es mag dieser Widerspruch wohl darin seine Erklärung finden, dass wir, um accidentellen Verunreinigungen aus dem Wege zu gehen, die oberflächliche Epidermislage zuerst gründlich desinficirten und die entnommenen Epidermisschuppen sofort in absolutem Alkohol brachten. Wenn man in dieser Weise vorgeht, findet man wohl in der normalen Epidermis und in Psoriasisschuppen gleich uns niemals Schizomycetenanhäufungen, da solche doch nur von aussen hineingerathen sein und daher nicht tief eindringen können.

Erklärung zu Tafel VIII.

Fig. 1. Durchschnitt durch ein Stück der wuchernden Gewebsmasse der Kopfhaut mit Gram'scher Gentianaviolettlösung gefärbt, mit Vesuvin gegengefärbt, bei schwacher Vergrösserung. Die violetten Partien stellen die Pilzvegetationen dar. Bei *H*, *H'* und *H"* sind isolirte Herde mit dendritischen Ausläufern (*A*, *A'*) in das umliegende Gewebe zu erkennen. Bei *Z Z' Z"* sind mächtige, braungefärbte Zellenlager sichtbar; an denselben eine feine violette Bestäubung. *I* = Diffuse mikroparasitäre Infiltration. *N* = Netzartig durchflochtene Coccen-Colonien. (Reichert, Obj. 4, Oc. 2, Vergr. 100fach.)

Fig. 2. Schnitt aus derselben wuchernden Kopfhaut. Gram'sche Färbungsmethode: Gentianaviolett — Vesuvin.

B diffuse Bestäubung der Bindegewebsfasern.
Z Granulations- und epitheloide Zellen mit Mikrococcenhäufchen in ihrem Protoplasma.
Di isolirte Diplococcen.
H grössere Häufchen (Staphylococcenform).
S Säulchen aus mehreren eng aneinander gerichten Mikrococcen.
Sa sarcinoide Gruppirung.
Dr Gruppirung in Form eines gleichseitigen Dreiecks.
He grösserer Mikrococcenherd im Granulationsgewebe.
(Reichert, homogene Immersion Nr. 10 (1/15") bei offenem Abbé'schem Condensor. Vergr. 1200fach.)

Fig. 3. Eine Epidermisschuppe von einem flachen, trockenen, eczemartig schuppenden, aber nicht excoriirten Plaque der Brusthaut derselben Kranken. Tinction nach Gram.

H grössere und kleinere Coccenhäufchen.
Di isolirte Diplococcen.
Sa Sarcineform.
Dr Dreiecksform.
E Epidermiszellen mit Mikrococcen infiltrirt.
(Reichert, homogene Immersion Nr. 10 (1/15") bei offenem Condensor. Vergr. 1200fach.)

III.

Bericht über die angestellten Züchtungsversuche.

Vom Privatdocenten Dr. E. Schiff in Wien.

(Siehe die Tafel IX.)

Um berechtigt zu sein, einen Mikroorganismus als wirkliches **ätiologisches** Moment eines pathologischen Processes anzusehen,

müssen unbedingt die folgenden von Klebs aufgestellten Postulate erfüllt erscheinen:

1. Constanz des Vorkommens,
2. Züchtung in Reinculturen,
3. Impfung auf ein Thier, und
4. Nachweis der ursprünglich aufgefundenen Mikroorganismen in jenem Krankheitsprodukt, welches durch die Impfung hervorgerufen worden ist.

Die Züchtungen, welche ich im vorliegenden Falle ausgeführt habe, wurden theils in Fleischpeptongelatine nach Angabe von Koch, theils auf sterilisirten Kartoffeln gemacht.

Ich ging dabei in der Weise vor, dass ich einerseits ein Stückchen aus dem fungösen Gewebe, andererseits ein Schüppchen zur Züchtung auf Nährgelatine brachte.

Nach sorgfältiger Waschung mit Seife und Wasser und darauffolgender Bespülung der Oberfläche mit einer 1 : 1000 Sublimatlösung entnahm ich eine minimale Menge des Gewebssaftes mit dem ausgeglühten Platindraht und bestrich damit die in einem Reagensglas erstarrte Nährgelatine. Am 10. Tage, bei Zimmertemperatur von 8°—15°, konnte man bemerken, dass die Oberfläche wolkig getrübt war. Diese Trübung nahm immer mehr nach abwärts zu und zwar in der Weise, dass über der klaren Gelatine eine grauweissliche Schichte sich etablirte. Diese Muttercultur benützte ich zu weiteren Aussaaten und konnte folgende Beobachtungen machen:

Machte ich auf schräg erstarrter Nährgelatine einen Impfstrich, so war derselbe bei Zimmertemperatur spätestens am 5. Tage aufgegangen und zwar in der Weise, dass er anfänglich ein grauweissliches Aussehen hatte, und nach und nach eine orangegelbe Tinction annahm. Machte ich die Uebertragung von der Muttercultur direct auf sterilisirte Kartoffeln, so ging ebenfalls bei gewöhnlicher Zimmertemperatur die Cultur zwischen dem 4. und 5. Tage auf, jedoch mit dem Unterschied, dass dieselbe vom Anfang an eine orangegelbe Farbe hatte. Ich konnte das Wachsen der Cultur dadurch wesentlich beschleunigen, dass ich die besäeten Kartoffeln bei erhöhter Temperatur (25° — 35°) hielt. Bei letzterer konnte ich schon in 36 Stunden den Impfstrich zur vollständigen Keimung bringen.



Eine **Mutter-Cultur** aus den Schuppen darzustellen gelang mir in folgender Weise:

Ich brachte nach vorhergegangener sorgfältiger Desinfection ein möglichst kleines Schüppchen auf die in einem Reagensglas schräg erstarrte Gelatine. Am 9. Tage hatte sich ein zarter, grauweisslicher, perlmutterartig schillernder Hof gebildet, der kreisförmig sich täglich mehr erweiterte. Dabei konnte ich beobachten, dass die Schuppe selbst eine intensivgelbe Farbe annahm und von ihr aus diese Färbung gradatim in's grauweissliche überging, so dass nach drei Wochen diese Muttercultur wie eine Scheibe aussah, deren Centrum gelb war und bis zur äussersten Peripherie allmählich eine grauweissliche Tinction annahm. Die Uebertragungen aus dieser Muttercultur respective die Reinculturen sowohl auf Nährgelatine wie auf Kartoffeln verhielten sich in jeder Beziehung wie diejenigen aus dem Gewebssaft, so dass ich füglich eine Wiederholung ersparen kann.

Die mikroskopische Untersuchung ergab nun, dass die in den Reinculturen zur Entwicklung gelangten Organismen vollkommen nach Gestalt, Aussehen, Form, Grösse und Reaction gegen Farbstoffe mit den in den Krankheitsprodukten des obigen Falles gefundenen Mikrococcen übereinstimmten.

Von ausschlaggebender Bedeutung für den Nachweis der pathogenen Natur der in Rede stehenden Mikrococcen war schliesslich das Resultat der Ueberimpfung einer Reincultur auf ein Thier. Als Impfthier wählte ich eine junge Katze, von der Erfahrung ausgehend, dass Dermatomycosen auf Katzen sich besonders gut entwickeln.

Nachdem zuerst eine über zwei Thaler grosse Hautstelle auf dem Rücken des Versuchsthieres durch eine Schwefelkalkhydrat-Paste enthaart worden war, wurde ein etwa 2 Ctm. langer Impfstich aus einer Gelatine-Reincultur daselbst angelegt. Schon nach 3 Tagen bildete sich ein Infiltrat, auf dem sich später deutliche Schuppenbildung constatiren liess. Während sonst überall inzwischen die Haare wieder gewachsen waren, blieb die geimpfte Stelle und zwei andere kleine Striche, an denen einige Tage später geimpft worden war, haarfrei. — Ich entnahm nun einen Theil dieser Borke, unter welcher sich ein dichtes Infiltrat mit granuliren-



der Oberfläche befand, und untersuchte es nach der Gram'schen Methode, wobei vollkommen analoge Befunde constatirt wurden, wie sie sich in jeder Schuppe der ursprünglichen Hautaffection manifestirt hatten.

Erklärung zu Tafel IX.

Fig. 1. Reincultur auf Nährgelatine (2fache Vergr.).
„ 2. Reincultur auf Kartoffel (natürl. Grösse).
„ 3. Deckglascultur (Hartnack Obj. 4 Vergr. 100fach).
„ 4. Reincultur mit Methylenblau gefärbt (Hartnack, Oel-Immersion Nr. 10 ($^1/_{15}$''), Vergr. 1200fach).
„ 5. Schuppe von der überimpften Hautaffection der Katze (gefärbt nach dem Gram'schen Verfahren, Hartnack, Oel-Immersion Nr. 10).



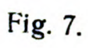


Fig. 7.

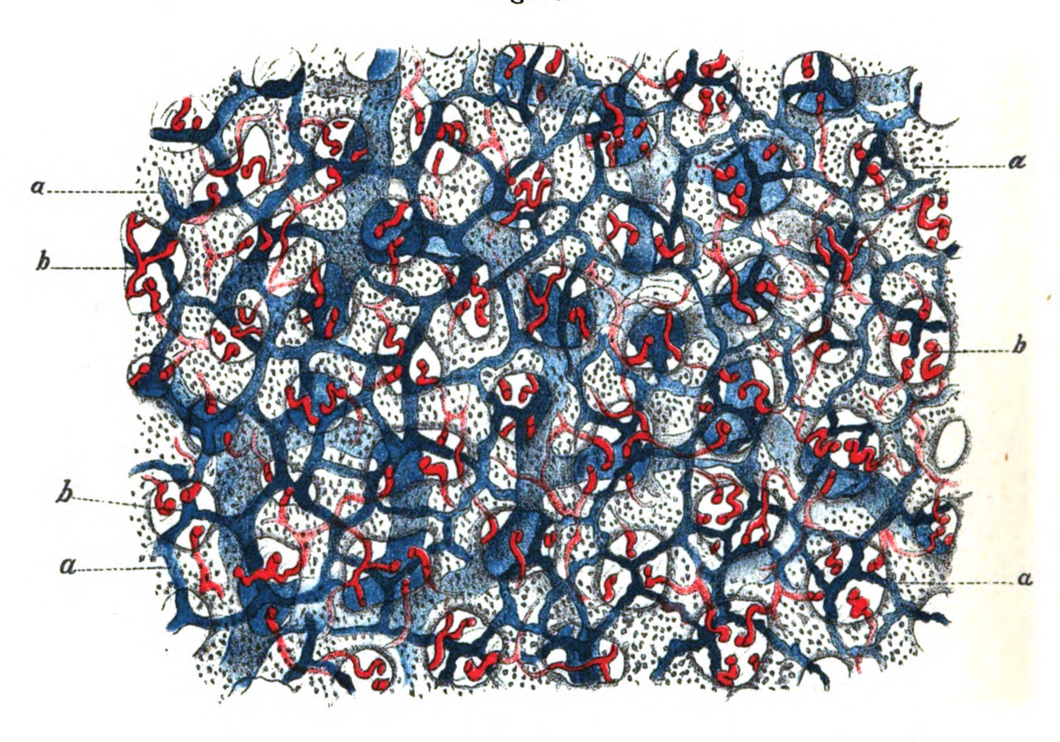
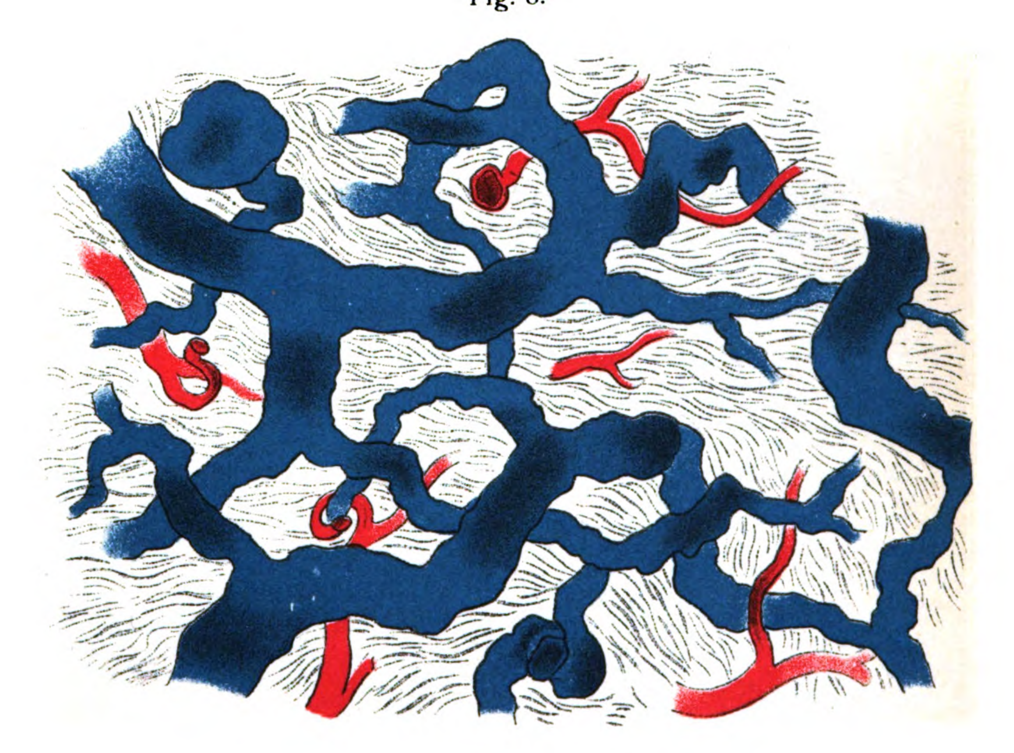


Fig. 8.



FINGER: Beitr. z. Anat. d. männl. Genitale.

Druck v. Sinsel & Co. G. m. b. H. Oet...

Varia und liter. Besprechungen.

Dem Professor Heinrich Auspitz in Wien ist von Seite der österr. Regierung die Mission übertragen worden, behufs des Studiums und eventuell der Erledigung einiger wissenschaftlicher und curativer Fragen über die Skerljevo-Krankheit sich nach Dalmatien zu begeben. Derselbe tritt seine Reise dahin in den ersten Tagen des Monats April an und es wird ihn während seiner Abwesenheit von der Klinik sein Assistent Dr. M. Horovitz vertreten.

Der Privatdocent Dr. Lassar in Berlin ist aus der Redaction der „Monatshefte für prakt. Dermatologie" ausgetreten.

Die III. Lieferung des Neumann'schen „Atlas der Hautkrankheiten", enthaltend Pemphigus vulgaris, Ekthyma cachecticorum, Psoriasis vulgaris, Naevus mollusciformis et neuroticus, Sclerosis et syphilis pustulosa, Syphilis cutanea ulcerosa — ist jüngt von der Hof- und Universitäts-Buchhandlung W. Braumüller ausgegeben worden. Auch diese Lieferung trägt den Stempel künstlerisch vollendeter Ausstattung, wie wir dies schon bei der Berichterstattung über die II. Lieferung hervorgehoben haben, in prägnanter Weise.

Der von den rühmlichst bekannten amerikanischen Collegen Dr. Billings und Dr. Fletcher bisher in Washington herausgegebene, für alle medizinisch-literarische Arbeit fast unentbehrlich gewordene „Index medicus" stand in Gefahr, sein Erscheinen mit dem VI. Bande einzustellen. Wir freuen uns mittheilen zu können, dass durch die Uebernahme des Verlags von Seite der Verlagshandlung G. J. Davis in Detroit und durch die Fortführung unter der Aegide und im Geiste der bisherigen Redacteure das höchst werthvolle Unternehmen gerettet erscheint und empfehlen die Anschaffung desselben den Collegen auf das Wärmste.



Nekrolog.

Prof. Vincenzo Tanturri † in Scanno.

Am 31. Jänner 1885 starb zu Scanno nach einem langen und schweren Gehirnleiden Vincenzo Tanturri in seinem 49. Lebensjahre. Seit einer Reihe von Jahren schon schwer krank, war Tanturri in der letzten Zeit dem Lehramte völlig entzogen.

In Tanturri verliert die Universität Neapel einen vortrefflichen Lehrer, die Wissenschaft einen emsigen Forscher und seine Mitbürger einen gewissenhaften Arzt. Sein sympathisches Aeussere und seine klaren und vollendeten Vorträge sicherten ihm bei Studirenden und Kranken Vertrauen und Anhänglichkeit. Seine wissenschaftlichen Arbeiten über Uebertragung und Impfung weicher Geschwüre, über Pigmentsyphilis und vieles Andere, die in der italienischen Zeitschrift „Il Morgagni" niedergelegt sind, sichern ihm innerhalb des Rahmens der Syphilis-Lehre ein ehrendes Angedenken. A.



Bibliographie vom Jahre 1884.

Drittes Verzeichniss.

Dermatologie.

Anatomie, Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie der Haut.

Andeer, J. Das Resorcin in seiner Anwendung bei Hautkrankheiten. — Monatsh. f. prakt. Dermat. Hamburg, III, p. 65, 141, 185, 211.

Berlioz, F. Manuel pratique des maladies de la peau. Paris, 8°.

Carrière, J. Die postembryonale Entwicklung der Epidermis des Siredon pisciformis. — Arch. f. mikroskop. Anatomie. Bonn, XXIV, p. 19—49.

Goldscheider, A. Die specifische Energie der Temperaturnerven. — Monatsh. f. prakt. Dermat. Hamburg, III, p. 198—208 u. 1 Taf.

Graeber, Robert. Untersuchungen über den Einfluss galvanischer Ströme auf den Tastsinn der Haut. Inaugural-Abhandlung. Bonn, 8°, p. 21.

Guaita, R. Di una speciale manifestazione cutanea in seguito alla cura arsenicale nei bambini. — Arch. di patol. infanti. Napoli, II, p. 133—135.

Hardy. Lezione sulle malattie cutanee. (Uebersetzt von C. Bagnoli). — Spallanzani, Modena, 2 Ser., XIII, pp. 245, 309.

Heulz, Louis. De l' asthénie du tissu conjonctif; étude pathogénique des dilatations veineuse, annulaire, pulmonaire etc. Thèse. (Paris) Le Mans, 4°, p. 123.

Hoggan, G. Des formes nouvelles de terminaisons nerveuses dans la peau des mammifères. (Uebersetzt von Frances E. Hoggan.) — Journ. de l' anatom. et physiol. etc. Paris, XX, p. 265—283 u. 2 Tafeln.

Jamieson, W. A. Dermatology at the International Medical



Congress and in the Danish hospitals. — Edinburgh med. Journ. 1884—85, XXX, p. 289—297.

Jousset, A. Fonctions de la peau et du rein dans les pays chauds. — Aus dessen Traité de l'acclimatement et de l'acclimatation in Journ. des sciences méd. de Lille, VI, p. 633—648.

Juhl, V. Untersuchungen über das Absorptionsvermögen der menschlichen Haut für zerstäubte Flüssigkeiten. — Deutsches Arch. f. klin. Med. Leipzig, XXXV, p. 514—523.

Keller, Fritz. Untersuchungen über den Tastsinn der Haut. Inaugural-Abhandlung. Bonn, 8°, p. 30.

Loebl, J. M. Ueber die Nothwendigkeit der Verpflichtung der Friseure und Raseure, ihre Utensilien einer wirksamen Desinfection zu unterziehen. — Mittheil. des Wiener med. Doctoren-Coll. X, p. 213—216.

Lussana, T. Sulla sensibilità delle parti private della pelle. — Arch. ital. p. le mal. nerv. Milano, XXI, p. 271—274.

Mooren, A. Hauteinflüsse und Gesichtsstörungen. Wiesbaden, 8°, p. 55.

Morris, Malcolm. Ethics of the skin. London, 8°, p. 22. — Aus: Internat. Health Exhib. Lect. Nr. 1.

Neale, A. J. Facts about the skin. Manchester, 12°, p. 19.

Pollitzer, S. On the temperature sense; a contribution to the physiology of the skin as an organ of sense. — Journ. of physiol. London, 1884—85, V, p. 143—151 u. 1 Taf.

Schiff, E. Ueber einige neue Behandlungsweisen von Hautkrankheiten. — Mittheil. d. Vereines d. Aerzte in Nieder-Oesterreich. Wien, X, p. 185—187.

Schwimmer, E. Die Beziehung des Nervensystems zu den Hautkrankheiten. — Wiener med. Blätter. VII, p. 1159—1161.

Shoemaker, J. V. The uses of the oleates and jequirity. — Med. Bulletin. Philadelphia, VI, p. 201—204.

Shoemaker, J. V. Jequirity (Abrus precatorius, Linné); its use in diseases of the skin. — Lancet. London, II, p. 185—187.

Tobolewski, Fr. Rom. Kurze Uebersicht über Bau, Zweck und Krankheiten der Haare. I. Theil: Anatomie des Haares. Leipzig, 8°, p. 36.

Van Harlingen, Arthur. Handbook of the diagnosis and treatment of skin diseases. Philadelphia. 8°, p. 282 und 2 Taf.



Einfache Entzündungen der Haut.

Drummond, J. Malignant mammillary dermatitis. — South African med. Journ. East London, I, p. 22.

Marcy, A. jun. Diffuse inflammation of areolar tissue of penis and scrotum in a child two weeks old. — Med. News. Philadelphia, XLV, p. 456.

Matthews, J. Diffuse cellulitis (cellular erysipelas) supervening on castration. — Veter. Journ. and Ann. compar. pathol. London, XIX, p. 83.

Schjerning. Ueber den Tod in Folge von Verbrennung und Verbrühung vom gerichtsärztlichen Standpunkte. — Vierteljahressch. f. gerichtl. Med. Berlin, N. F. XLI, p. 24—66.

Grigorev, C. A. K terapii chesotki (Behandlung der Krätze). — Med. Sbornik. Tiflis, Nr. 38, p. 15—41.

Shimoner, F. Larvae of oestrus bovis in human skin. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia, LI, p. 164.

Deligny. Considérations sur le traitement de l' éczéma par les eaux minérales. — Gaz. méd. de Picardie. Amiens, II, p. 101—104.

Duncan, J. H. Management of diseases of the skin with special reference to eczema. — Kansas City med. Record. I, p. 331—334.

Ohmann-Dumesnil, A. H. A case of universal eczema. — Weekly med. Review. Chicago, X, p. 109.

Duncan, A. A case of Guinea-worm in the scrotum. — British med. Journ. London, II, p. 715.

Hardaway. Anatomy in eczema. — St. Louis Courier of Med. XII, p. 279—283.

Angioneurotische Dermatosen.

Dowdeswell, G. F. Report on experimental investigations on the intimate nature of the contagium in certain acute infective diseases. — British med. Journ. London, II, p. 101—108.

Möller. Ueber acute Exantheme bei Hausthieren. — Arch. f. Kinderheilk. Stuttgart, 1883—84, V, p. 429.

Schütz, J. Zur Lehre der acuten Infectionskrankheiten. — Prager med. Wochensch. IX, pp. 235, 275.

Vacher, F. On the duration of the latent period, the fever, and the infectiveness of the exanthemata and some allied diseases.



— Health Journ. Manchester, 1883—84, I, pp. 153, 179, 193 u. 1 Tab.

Acker, Josef. Die Uebertragbarkeit der Tuberculose durch die Vaccination. Inaugural-Abhandlung. Bonn, 8°, p. 31.

Antigüedad Diez, F. Ventajas de la vacunacion. — Union de las ciencas méd. Cartagena, IV, pp. 277, 292, 305.

Beck, J. H. M. Facts and inferences from the small-pox outbreak at Worcester, during 1882. — South African med. Journ. East London, I, pp. 19, 36.

Collins, G. W. The use of tents in the treatment of small-pox. — Transactions of the epidemiol. Society of London (1882—1883), 1883, N. S., II, p. 159--164.

Comby, J. Note sur l'exanthème de la varicelle. — Progrès méd. Paris, XII, p. 773.

Dardignac. Observation de vaccine généralisée. — Arch. de méd. et pharm. militaire. Paris, IV, p. 259—262.

Ferrell, H. V. Report of an epidemic. Varioloid? — St. Louis Courier of Med. XII, p. 117—121.

Fickert. Zur Würdigung der animalen Glycerinlymphe; Bericht der Lymphgewinnungsanstalt Frankenburg-Sachsenburg. — Deutsche Vierteljahrschr. f. öff. Gesundhtspfl. Braunschweig, XVI, p. 425—431.

Fussell, E. F. Difficulties of diagnosis in early stages of variola. — British med. Journ. London, II. p. 715.

Gibbs, George S. Vaccination. A reply to the question: Is vaccination scientific? London, 8°, p. 8.

Govantes, T. M. Relación del número de individuos blancos y de color, párvulos y adultos vacunados por la subcomisión de vacuna de esta real Academia de ciencias durante el anno académico (19 de Mayo) de 1883 a 1884. — Anales r. Academ. de cienc. méd. .... de la Habana, 1884—85, XXI, 111—113.

Hervieux. Résultats des revaccinations pratiquées à l'Académie de médecine sur les sapeurs-pompiers pendant les mois de septembre, octobre et novembre 1883. — Bulletin de l'Acad. de méd. Paris, 1884, 2 Sér., XIII. p. 1281—1289.

Hobbel, J. Pokken en cholera. Amsterdam, 12°, p. 32.

Hoffmann, A. Nephritis haemorrhagica nach Varicellen; Typhlitis, hervorgerufen durch Einkeilung eines Kirschkernes im Processus vermiformis. — Berliner klin. Wochenschr. XXI, p. 612.

Laurens. Rapport sur les revaccinations pratiquées à l' hôpital du Dey, du 29 novembre 1882 au 5 janvier 1883. — Arch. de méd. et pharm. milit. Paris, 1884, IV, p. 253—259.

Layet. Expériences entreprises sur un nouveau cow-pox à Eysines. — Mémoires et Bull. de la Soc. de méd. et chir. de Bordeaux (1883), 1884, pp. 314, 358.

Leonhard. Bericht über den Verlauf und das Ergebniss des vorjährigen Lymphregenerationsgeschäftes in Stöbnig bei Rochlitz. — Corresp.-Blatt d. ärztl. Kreis- u. Bezirksvereines im Königr. Sachsen. Leipzig, XXXVII, p. 8—10.

Longet. Mémoire sur les résultats comparatifs des vaccinations et revaccinations pratiquées au moyen de vaccin de génisse et de vaccin humain. — Arch. de méd. et pharm. milit. Paris, IV, p. 82 à 95.

Moulinet, Paul. Des rapports entre la vaccine et certaines maladies de peau; influence réciproque. Thèse. Paris, 4°, p. 65.

Nazarre, A. Tratamiento abortivo local de la viruela. — An. d. Circ. méd. Argentino. Buenos Aires. 1883—84, VII, p. 668—672.

Pearson, A. Twenty-one years' experience of vaccination. — Glasgow med. Journ. 4 Ser. XXII, p. 200—204.

Pfeiffer, L. Die Vaccination, ihre experimentellen und erfahrungsgemässen Grundlagen und ihre Technik, mit besonderer Berücksichtigung der animalen Vaccination. Tübingen, 8°.

Pfeiffer, L. Ueber Vaccine und Variola. — Verhandlung. d. Congress. f. innere Med. Wiesbaden, III, p. 67—91.

Pissin. Ueber einige Controversen in Bezug auf die animale Vaccination. — Berliner klin. Wochenschr. XXI, p. 544—546.

Plá, E. F. Merecen algun crédito las razones que alegan los detractores de la vacunacion, contre la inoculacion del uncuestionable preservativo de la viruela? — Crónica méd.-quirur. de la Habana X, p. 463—470.

Poynder, G. T. Treatment of small-pox by sulphide of calcium lotion. — Indian med. Gaz. Calcutta, XIX, p. 245.

Seaton, E. The influence of small-pox hospitals. — Transactions of the epidemiol. Society of London (1882—83) 1884, N. S. II, p. 129—140 u. 1 Tab.

Sexton, S. Neglected otitis media purulenta following vaccination, and complicated with caries and necrosis of the mastoidea,

illustrating the favorable termination of the disease without active interference. — New York med. Journ. XL, p. 294.

Stadnitski, V. Ob ospoprivivanii voobtshe, po povodu revaktsinatsii novobrantsev (Ueber die Vaccination im Allgemeinen und besonders über die Revaccination bei den Rekruten). — Voyenno-med. Journ. St. Petersburg, CXLIX, pt. III, p. 57—82.

Teackle, St. G. W. Results from the investigation and study of cow-pox. — Transactions of the med. and chir. Fac. of Maryland. Baltimore, p. 241—243.

Tenneson. Sur la médication éthérée opiacée dans la variola. — Bulletin général de thérap. etc. Paris, CVII, p. 62—66.

Treymann, M. Die Pocken im allgemeinen Krankenhause zu Riga 1883—1884. — St. Petersburger med. Wochenschr. N. F. I, pp. 308, 319.

Vaillard. Rapport sur le service de la vaccination animale à l'École de Val de Grace. — Arch. de méd. et pharm. milit. Paris IV, pp. 129—152, 173—180.

Voigt, L. Einige Controversen über animale Vaccination. Entgegnung auf Dr. Pissin's Aufsatz in Nr. 34 dieser Wochenschrift. — Berliner klin. Wochenschr. XXI, p. 595.

Wall, W. D. Small-pox. — Transactions of the Mississippi med. Association. Jackson, XVII, p. 109.

Wheeler, Alexander. Vaccination 1883. London, 1884, 8°, p. 30.

Wolffberg, S. Welchen Grad von Schutzkraft besitzt die animale Lymphe? — Centralblatt f. allgem. Gesundheitspfl. Bonn II, p. 267—270.

Vaccination in Illinois. — Report of Board Health Illinois 1882. Springfield, 1883, V, p. 369—480.

Bericht über die Ergebnisse der Impfung und Wiederimpfung im Königreiche Sachsen im Jahre 1883. — Corresp.-Blatt d. ärztl. Kreis- u. Bezirksvereines im Königr. Sachsen. Leipzig, XXXVII, p. 43—48.

Illinois State Board of health. Nr. 235. Concerning the vaccination of school children. Springfield, 8°, p. 4.

The small-pox epidemic 1880—1882. — Report of Board Health Illinois 1882. Springfield, 1883, V, p. 211—327.

Small-pox and the immigrant. — Ebenda, p. 331—342.



Immigrant-inspection service of the National Board of Health. Small-pox. — Ebenda, p. 343—365.

The relations of small-pox and vaccination. — Ebenda, p. 483 bis 513.

Bardwell, E. O. The community of origin of diphtheria, typhoid fever and scarlatina. — Journ. of the American med. Associat. Chicago, III, p. 235—237.

Bennett, W. H. Treatment of scarlatina. — British med. Journ. London, II, p. 361.

Cameron, J. S. On the importance of isolating slight and doubtful cases of scarlet fever. — Lancet. London, II, p. 400.

Dreyfus-Brisac, L. De la scarlatine anormale, à propos de trois cas observés dans la même famille. — Gaz. hebdomad. de méd. Paris, 2 Sér. XXI, p. 606.

Girdlestone. Incised wound of the knee-joint, complicated with scarlet fever. — Austral. med. Journ. Melbourne, N. S. XI, p. 263.

Henoch, Comunicazioni sulle ultime epidemie di scarlattina. — Arch. di patol. inf. Napoli, II, p. 49—54.

Janson, J. E. Smertnost ot skarlatini i difteria v Peterburgie v 1881—1883 gg. — Vrach, St. Petersburg, V, p. 473—476.

Koren, A. Meddelelser om Skarlagensfeber. Klinisk-anatomiske studier. Kristiania, 8°.

Moellmann. Beiträge zur Pathologie der Scarlatina, ein Epidemie-Bericht. — Berliner klin. Wochenschr. XXI, p. 425—428.

Ogston, F. A case of scarlet fever in a canary. — British med. Journ. London, II, p. 608.

Oidtmann, H. Die Rachendiphtherie, nebst Scharlach, ihr Ursprung aus dem Darminhalt, auf Grund eigener Beobachtungen und Heilerfolge, sowie vergleichender Thierbeobachtungen und der Erkrankungs-Statistik. Leipzig, 8°, p. 104.

Rawlins, H. A. Treatment of scarlatina. — British med. Journ. London, II. p. 319,

Veatch, W. H. Scarlatina. — Peoria med. Monthly. 1884—85, V, p. 276—283.

Walley, T. Does scarlet fever exist in the lower animals? — Journ. comp. Med. and Surg. New York, V, p. 326—330.

Blau, L. Zwei seltene Erkrankungen des äusseren Ohres. I. Isolirte krampfhafte Contractionen der Musculatur der Ohrmuschel. II. Morbillen; Diphtherie des äusseren Gehörganges: Diphtheritis faucium. — Berliner klin. Wochenschr. XXI, p. 529—531.

Bourneville et Bricon. De la roséole idiopathique ou rubéole. — Progrès méd. Paris, XII, p. 578—583.

Edwards, W. A. A contribution to the clinical study of Rötheln or German measles. — American Journ. of the med. sciences. Philadelphia, N. S. LXXXVIII, p. 448—458.

Hatfield, M. P. Rötheln-measles, one hundred and ten consecutive cases with complications and results. — Arch. of Pediat. New York, I, p. 614—620.

Ireland, W. W. On the epidemic of measles at Prestonpans and Cockenzie. — Edinburgh clin. and pathol. Journ. 1883—84, I, p. 873—876.

Jaeger. Ein Fall von Masern mit folgender Entzündung der Unterleibsdrüsen; Abscessbildung und Heilung. — Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte. Basel, XIV, p. 393—409.

Lachi, P. Di alcune malattie oculari consecutive a morbillo. — Arch. clin. ital. Roma, XIV, p. 199.

Ollivier, A. La rougeole à Paris; ses progrès incessants, sa mortalité, nécessité de mesures prophylactiques. — Arch. générales de méd. Paris, II, p. 257—266.

Pritchard, W. B. Otitis media following measles. — North Carolina med. Journ. Wilmington, XIV, p. 305—307.

Roland, O. Convulsions in measles. — Practitioner. Lancaster, II, p. 21.

Steeves, G. W. A short paper on German measles, with clinical notes of a few cases. — Liverpool med.-chir. Journ. IV, p. 333—343.

Dippe, H. Typhus exanthematicus. — Deutsche Med.-Zeitg. Berlin, II, p. 133—135.

Kiemann. Ueber Typhus exanthematicus. — Med.-chir. Central-Blatt. Wien, XIX, pp. 67, 77, 88, 102, 114, 126, 137, 163, 175.

Juhel-Rénoy, E. Note sur deux cas de roséole dite typhoïde, observée dans le cours de deux affections indéterminées. — Arch. générales de méd. Paris, II, p. 490—500.

Armstrong, G. E. Erysipelas and double cerebral abscess. —



Canada med. Record. Montreal 1883—84, XII, p. 193—196; Canada med. and surg. Journ. Montreal 1884—85, XIII, p. 170—172.

Avery, G. W. A case of acute erysipelas following leechbites, complicated with suppression of the urine, and followed by an abscess in the right middle ear. — Proceedings of the Connecticut med. society Hartford, N. S. III, Nr. 1, p. 144—146.

Coupland, S. Congenital malformation of the heart, patent ductus arteriosus; defect of ventricular septum; cyanosis; facial erysipelas; pericarditis; death. — Med. Times and Gaz. London, II, p. 501—503.

Dalché, P. Érysipèle; endocardite végétante aiguë. — Progrès méd. Paris, XII, p. 702.

Desprès. De la noncontagion de l'érysipèle. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVII, p. 746.

Garnier. Épidémie d'érysipèle; observations recueillies à l'hôpital militaire de Louvain. — Arch. méd. belges. Bruxelles, 3 Sér. XXVI, p. 159—163.

Greensword, M. P. Erysipelas, salt rheum. etc. objections to the treatment followed by some. — Eastern med. Journ. Worcester, III, p. 113—115.

Humphreys, B. F. Jodized collodium in erysipelas. — Nashville Journ. of Med. and Surg. N. S. XXXIV, p. 385.

Panthel. Ein seltener Fall von Erysipelas. — Memorabilien. Heilbronn, N. F. IV, p. 273—275.

Babiera Marti T. Pustula maligna. — Gaceta de l'hosp. Valencia, III, p. 226—233.

Coursserant. Ectropion cicatriciel consécutif à une pustule charbonneuse; greffe dermique et blépharorrhaphie; considérations opératoires. — France méd. Paris, II, p. 1145.

Cuevos Arriagada, F. Tratamiento de las enfermedades carbonosas por el iodo. — Revista méd. de Chile. Sant. de Chile, 1884 bis 1885, XIII, p. 44—53.

Feltz. De la durée de l'immunité vaccinale anticharbonneuse chez le lapin. — Compt. rend. de l'Acad. d. sciences. Paris, XCIX, p. 246.

Fornari, F. Carbonchio eresipelasoso idiopatico (pustula maligna primitiva). — Raccoglitore med. Forli, 4 Ser, XXI, p. 405.

Hemming, J. H. Two cases of charbon or malignant pustule;



directly inoculated from a cow suffering with splenic fever; recovery. — British med. Journ. London, II, p. 560.

Luer, O. Der Milzbrand. Entstehung und Bekämpfung desselben, speciell erläutert. Hirschberg. 8°.

Metschnikoff, E. Ueber die Beziehung der Phagocyten zu den Milzbrandbacillen. — Virchow's Archiv. Berlin, XCVII, p. 502—526 und 2 Taf.

Perroncito, E. De la transmission du charbon par les voies de la digestion. — Arch. ital. de biolog. Turin, V, p. 178—184.

Pütz, H. Ueber den heutigen Stand der Milzbrandforschung. — Verhandl. u. Mittheil. d. Vereines f. öffentl. Gesundheitspfl. in Magdeburg (1883, 1884), XII, p. 24—29.

Salazar, T. Pustula maligna; curacion por medico de las inyecciones intravenosas de ácido fénico. — Diario méd.-farm. Madrid, I, Nr. 160.

Tancredi, N. Alcuni casi di carbonchio e pustula maligna, come contributo alla cura di detta affezione. — Bollett. d. clin. Napoli, I, p. 221—224.

Historia clinica; pustula maligna. — Gaceta de l'hosp. Valencia, III, p. 200—208.

Anthrax in India. Report of a committee assembled at Bangalore, on 19th February, 1884, to inquire into the recent outbreak of anthrax among Government horses at Bangalore. — Veter. Journ. and Annals of comparat. Pathol. London, XIX, p. 269—285.

Lassar, O. Urticaria gravis. — Monatshefte f. prakt. Dermat. Hamburg, III, p. 209.

Radcliffe, S. J. Urticaria as a cause of miscarriage. — Med. News. Philadelphia, XLV, p. 233—235.

Zemmer, G. M. Demonstratsija bolnago s. Urticaria facticia. — Protok. zasaid. Kavkazsk. med. Obsk. Tiflis, XXI, p. 36—39.

Cacciola, S. Un caso di morbo di Addison, osservazioni anatomo-patologiche. — Gazz. med. ital. prov. venete. Padova, XXVII, p. 117—122.

Cardarelli, A. Conclusioni cliniche su di un caso di morbo di Addison. — Giornale internaz. d. scienze med. Napoli, N. S. VI, p. 401—412.

Wallis, C. Fall af Morbus Addisonii. — Hygiea. Stockholm, XLVI, p. 557—559.



Borsatti, J. Sulla pellagra. — Rivista ital. di terap. e igiene. Piacenza, IV, p. 199.

Cappi, E. La pellagra nel contado cremonese. — Bullett. d. Comit. med. cremonese. Cremona, IV, pp. 14, 113.

De Orchi, A. Proposte sulla terapia della pellagra. — Arch. di psichiat. etc. Torino, V, p. 319—321.

Lanzi, G. Su di un caso di tifo pellagroso. — Cron. d. manic. di Siena. X, p. 84—95.

Valle, A. Della pellagra; sua causa; provvedimenti. — Rivista ital. di terap. e igiene. Piacenza, IV, p. 140—148.

Buxton, A. St. C. Alibert's cheloid (?) from India. — Lancet. London, II, p. 316.

Dutil, A. Un cas de goutte chronique anormale (tophus de la peau). — Gaz. méd. de Paris, 7 Sér. I, p. 386.

Boardman, W. E. A case of impetigo herpetiformis. — Boston med. and surg. Journ. CXI, p. 321—323.

Duhring, L. A. Dermatitis herpetiformis. — Journ. of the American med. Association. Chicago, III, p. 225—229.

Duhring, L. A. Dermatitis herpetiformis; its relation to so-called impetigo herpetiformis. — American Journ. of the med. science. Philadelphia, N. S. LXXXVIII, p. 391—401.

Guéneau de Mussy, N. Endermoses on affections herpétiques internes, contribution à l'étude de ces affections. — Médecin. Paris, X, Nr. 35.

Guibout. Caractères pathognomoniques de lésions cutanées de l'herpètes. — France méd. Paris, II, pp. 1202, 1215, 1227.

Ollivier. Nouvelles recherches sur la pathogénie de l'angine herpétique. — Semaine méd. Paris, 2 Sér., IV, p. 357.

Cahn, A. Ueber Antipyrin und Antipyrinexanthem. — Berliner klin. Wochenschr. XXI, p. 569—571.

Ernst, P. Antipyrinexanthem. — Centralbl. f. klin. Med. Leipzig. V, p. 521—524.

Gamberini, P. Storia di eritema polimorfo essudativo di origine nervo-centrale e bromica; osservato nella clinica dermo-sifilopatica. — Rivista internaz. di med. e chir. Napoli, I, p. 157—162. Französisch in France méd. Paris, II, p. 1277—1283.

Neisser, A. Ueber Jodoform-Exantheme. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, X, p. 467.



Weiss, M. Zur Kenntniss der toxischen Exantheme. — Wiener med. Presse. XXV, pp. 728, 761, 795, 827.

Chambard, E. Du xanthome temporaire des diabétiques et de la signification nosologique du xanthome. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. V, pp. 348, 396.

Spencer, H, E. Notes of a case of erythema multiforme. — British med. Journ. London, II, p. 465.

Sherwell, S. Suggestions respecting treatment of acne and acne rosacea in the male subject. — Journ. of cutan. and vener. diseases New York, II, p. 335—338.

Wharton, H. T. Prickly heat. — Lancet. London, II, p. 190.

Pospelov, A. J. Patologo-anatom. izmenenija koji v sluchai ostroi atrofii pecheni (Veränderungen der Haut bei acuter Leberatrophie). — Med. Obozr. Moskau, XXI, p. 569—580.

Rosenbach, O. Ueber den Zusammenhang von Melliturie und Furunkelbildung, nebst Mittheilung eines Falles von Melliturie bei einem einjährigen Knaben. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, X, p. 489.

Grassl, W. Zur Aetiologie der Rotzkrankheit. — Mittheil. d. Vereines d. Aerzte Nieder-Oesterreichs. Wien, X, pp. 181, 193.

Phares, D. L. Epidemico-zootic plaques; splenic fever. — Transactions of the Mississippi med. Associat. Jackson, XVII, p. 122—131.

Potain. De la morve aiguë. — Praticien, Paris, VII, p. 388 bis 390.

Trasbot. Morve du chat. — Bulletin et Mémoires de la Société centr. de méd. vétér. Paris, N. S. II, p. 305—308.

Neuritische Dermatosen.

Baas, J. H. Amaurose in Folge einer ganz geringfügigen Verletzung des oberen linken Augenlides. — Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. Stuttgart, XXII, p. 280.

Beurnier, L. Étude historique et critique sur la nature anatomique des tubercules sous-cutanées douloureux. — Arch. générales de méd. Paris, II, p. 402—409.

Buonomo, J. L'influenza del sistema nervoso in alcune affezioni cutanee; quattro osservazioni cliniche. — Il Morgagni, Napoli, XXVI, p. 346—364.



Elsberg, L. Herpes laryngis. — New York med. Journ. XL, p. 424.

Hankel. Ein Fall von einseitiger Gesichtshypertrophie. — Berliner klin. Wochenschr. XXI, p. 560.

Keller, T. Contribution à l'étude des ecchymoses sous-cutanées d'origine nerveuse. — Revue de méd. Paris, IV, p. 637—651.

Lagout. Herpés labial et zona. — L'Union méd. Paris, 3 Sér. XXXVIII, p. 97—100.

Pellizzari, C. Ulcera cutanea d'origine nervoso. — Giornale ital. d. mal. veneree e d. pelle, Milano, XIX, p. 92—95.

Schenkl. Zwei Fälle von Herpes Zoster ophthalm. Heilung durch Jodoform. — Prager med. Wochenschr. IX, p. 362.

Stauungs-Dermatosen.

Hilbert, R. Ein Fall von Emphysem des orbitalen Zellgewebes und der Lider. — Centralbl. f. Augenheilk. Leipzig, VIII, p. 242.

Descroizilles, J. Oedème cachectique consécutif à un traumatisme; impetigo. — Praticien. Paris, VII, p. 424—426.

Fortescue, G. Case of elephantiasis scroti; successful removal of the tumour. — Australas. med. Gaz. Sydney. 1883—84, III, p. 193—195.

Girard. Note sur trois cas d'éléphantiasis des Arabes. — Journ. de la soc. de méd. et pharm. de l'Isère. Grénoble, 1883—1884, VIII, pp. 4. 36.

Hahn, E. Ein durch Operation entferntes 17 Pfund schweres Lipoma fibrosum petrificum polyposum mit Elephantiasis der Haut. — Berliner klin. Wochenschr. XXI, p. 553.

Obata Junzaburo. (Die Elephantiasis in Japan). — Iji Shibun. Tokei, Nr. 110, Jänner 25.

Moncorvo e Silva Araujo. Confirmação no estrangeiro ea efficacia do processo dos Drs. Moncorvo e Silva Araujo, no tratamento da elephancia (éléphantiasis des Arabes). — União med. Rio de Janeiro, IV, p. 5—11.

Moncorvo e Silva Araujo. Du traitement de l'éléphantiasis des Arabes par l'électricité. — Ebenda, p. 204—206.

Alpago-Novello, L. Sclerodermia generale. — Gazz. med. ital. prov. venete. Padova. XXVII, p. 89—92.



Collins, M. Generalised scleroderma. — British med. Journ. London, II, p. 608.

Lassar, O. Pseudo-Sclerodermie. — Monatshefte f. prakt. Dermat. Hamburg, III, p. 208.

Namias, M. Su alcuni casi di sclerema dei neonati occorsi nel R. Instituto ostetrico-ginecologico di Firenze, diretto dal Prof. D. Chiara. — Annali di ostetr. Milano, VI, p. 282—307.

Olivier. A. J. Sclerodermie. Leiden, 8⁰.

Senator, H. Ueber einen Fall von Sclerodermie und Sclerodactylie. — Berliner klinische Wochenschr. XXI, p. 483—486.

Stein, P. F., von. Sluchai obtshei sklerodermie, demonstriovannii. — Laitop. khirurg. Obsh. Moskau, VI, p. 28—30.

Crawford, D. G. Notes on cases of sloughing ulcers, occurring in the XVth Sikh Regiment stationed at Delhi during the ysars 1881, 1882, 1883. — Indian med. Gaz. Calcutta, XIX, p. 218—226.

Goureau, T. Traitement des ulcères des membres inférieurs par le sparadrap au minium. Paris. 8⁰. — Vergl. Bulletin général de thérap. Paris, CVII, p. 71—76.

Heffenger, C. W. A new bandage suggested for the treatment of chronic ulcers. — Med. Bulletin. Philadelphia, VI, p. 207.

Murray, J. On the Delhi and oriental sore. — Transactions of the epidemiol. soc. of London (1882—83) 1883, N. S. II, p. 90—98 und 5 Taf.

Chance, T. M. The so-called perforating ulcer of the foot; spontaneous podalic gangrene limited to small area. — Cincinnati Lancet and Clin. N. S. XIII, p. 237—241.

Pellizzari, C. Ulcera cutanea d'origine nervosa. — Bolletino d. soc. tra i cultur. d. scienze med. in Siena, II, p. 43—46.

Pellizzari, C. Ulcera infettante della piega inguino-scrotale in un bambino di 16 mesi. — Ebenda, p. 85—87.

Pronk, D. M. Jets over malum perforans pedis. s'Gravenhage, 8⁰.

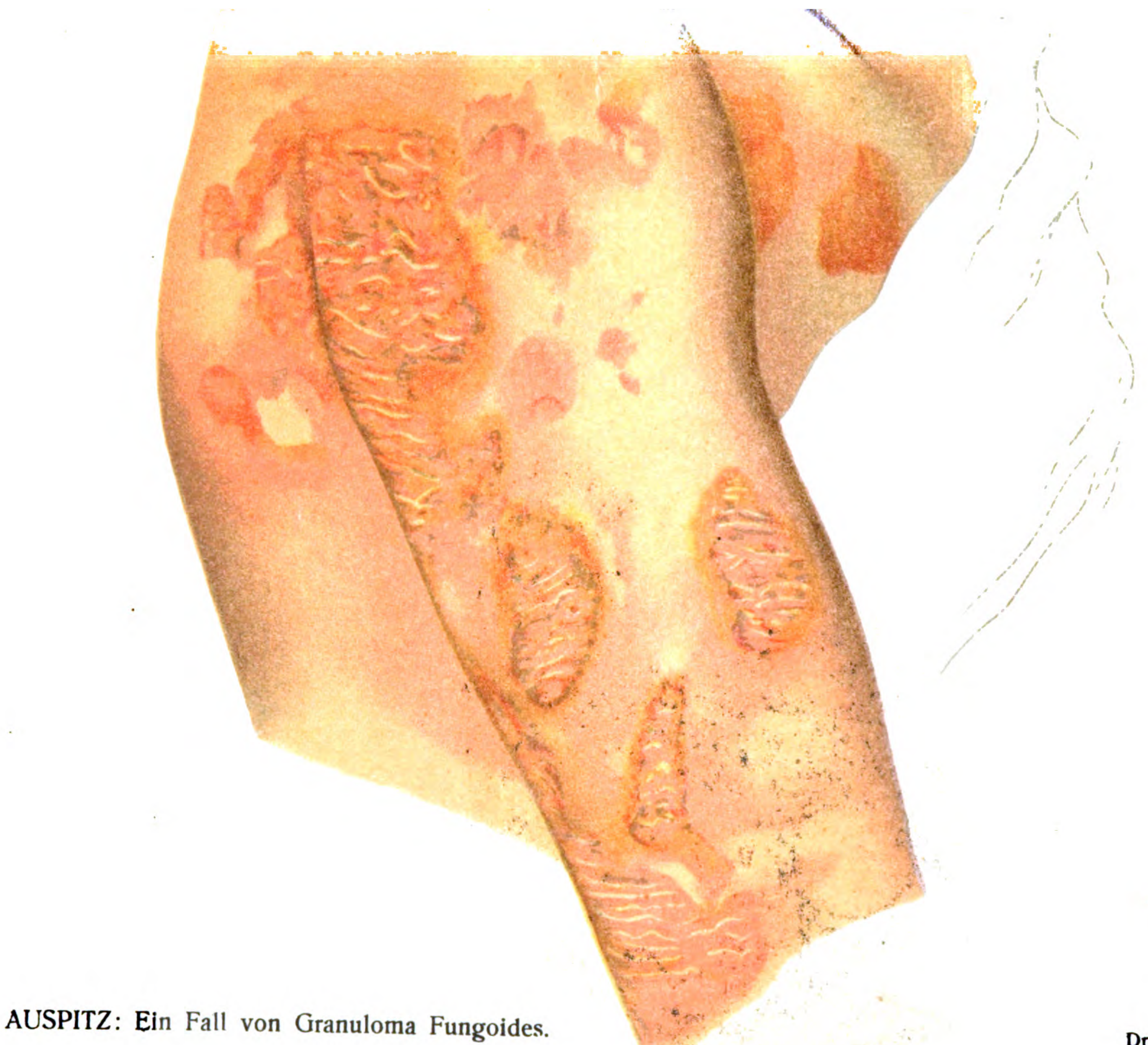
Warner, F. Chronic irritable ulcer. — Cincinnati Lancet and Clin. N. S. XIII, p. 261—263.

Ulcus rodens. — Jahresbericht über d. chir. Abtheil. d. Spitals zu Basel (1883). 1884, p. 39—41.

Anderson, Mc C. Case of myxoedema, very considerably improved by treatment. — Glasgow med. Journ. 4. Sér., XXII, p. 303—306.

Taf. VII.





AUSPITZ: Ein Fall von Granuloma Fungoides.

Druck v. Sinsel & Co., G. m. b. H., Oetzsch-Leipzig.

Fig. 1.

AUSPITZ: **Ein Fall von Granuloma Fungoides.**

Taf. VIII.

Fig. 3.

E
H
Di
Sa
E
E
Dr
Di
H
H

Z'
J
Z"
H"

Fig. 2.

B
B
Sa
B
He
He
Di
Sa
Z
Z
Z
S
Dr
Di
H
S

Druck v. Sinsel & Co., G. m. b. H., Oetzsch-Leipzig.



Harley, J. The pathology of myxoedema as illustrated in a typical case. — Proceedings of the med. and chir. soc. of London. 1883—84. N. S. I, p. 237—240.

Bainbridge, G. Symmetrical gangrene of the nates; successful skin-grafting. — Transactions of the med. and physic. soc. of Bombay (1883), 1884, N. S. Nr. 4, p. 93—96.

Dubreuilh. Gangrène symétrique des doigts; faux panaris des gaines des fléchisseurs. — Gaz. méd. de Paris. 7 Sér., I, p. 316.

Grouillard, Roger. De la gangrène des extrémités au cours des néphrites chroniques. Thèse. Paris, 4°, p. 72.

Arnozan et A. Boursier. Ulcère de jambe de cause accidentelle chez un athéromateux; autopsie; lésions vasculaires et nerveuses. — Journ. de méd. de Bordeaux. 1883—84. XIII, p. 607—609.

Coustan. Note relative au traitement du clou de Biskra. — Arch. de méd. et pharm. milit. Paris, IV, p. 14.

Duclaux, E. et L. Heydenreich. Étude d'un microbé rencontré chez un malade atteint de l'affection appelée clou de Biskra. — Arch. de physiolog. norm. et pathol. Paris, 3 Sér., IV. p. 106—141; vergl. Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér., V, p. 377—379.

Nencki, M. O chemicznym składzie laseczników karbunkułowych. (Die chemische Zusammensetzung des Carbunkel-Bacillus.) — Gaz. lekarska. Warszawa, 2 Ser. IV, p. 633—637.

Hämorrhagische Dermatosen.

Browne, J. M. The case of Alexai; was it scurvy? Notes from the journals of Dr. Ambler. — Proceedings of the naval med. society, Washington, 1884—85, II, p, 8—20.

Leprévost. Note sur un cas de scorbut sporadique (?) de forme anomale. — Revue méd. franç. et étrangère. Paris, II, p. 442 bis 450.

Macdowall. On the new theories and experiences of scurvy. — Transactions of the med. and physic. soc. of Bombay (1883) 1884, N. S. Nr. 4, p. 85—89.

Masy, H. Du scorbut alcoolique. — Journ. de méd., chir. et pharm. Bruxelles. LXXIX, p. 127—130.

Mercier, Armand. De l'étiologie du scorbut dans les prisons. Thèse. Paris, 4°, p. 39.





Stampacchia, R. Sulla etiologia dello scorbuto. — Movimento med.-chir. Napoli, XVI, p. 234—253.

Bertrand. Purpura hémorrhagique et purpura simple. — Arch. méd. belges. Bruxelles, 3 Sér. XXV, p. 327—335.

Maragliano, E. Porpora emorragica. — Salute: Italia med. Genova, 2 Ser. XVIII, p. 145.

Millot-Carpentier, G. Alcune considerazioni medico-fisiologiche sopra un caso di morsicatura di sorcio seguita da intossicazione con fenomeni nervosi simulanti l'idrofobia e con comparsa die una porpora a forma intermittente. — Annali univers. di med. e chir. Milano, CCLXIX, p. 42—48.

Pomeroy, G. P. K. A case of purpura haemorrhagica, presenting strange pecularities and a rapidly fatal termination. — Med. Annals. Albany, V, p. 263.

Thiry. Purpura hémorrhagica névropathique; contractions musculaires; somnolence; vomissements; entérorrhagie; guérison. — Presse méd. belge. Bruxelles, XXXVI, p. 273—275.

Idioneurosen der Haut.

Cook, G. J. Pruritus ani. — Indiana med. Journ. Indianapolis, 1884—85, III, p. 11—15.

Epidermidosen.

Anderson, M'C. Case of generalised psoriasis cured by the application of chrysophanic acid, according to the method of Auspitz. — Glasgow med. Journ. 4 Ser. XXII, p. 301—303.

Bellan, Jules. Contribution à l'étude du traitement du psoriasis et en particulier de son traitement par les traumaticines medicamenteuses. Thèse. Paris, 4°, p. 67.

Dérobert, André. Du traitement topique du psoriasis par l'acide chrysophanique. — Thèse. Paris, 4°, p. 64.

Grellety. Nouveau traitement du psoriasis par la traumaticine chrysophanique. — Revue méd. de Toulouse, XVIII, p. 353—358.

Ohmann-Dumesnil, A. H. A case of universal psoriasis. — St. Louis med. and surg. Journ. XLVII, p. 307—312 und 1 Taf.

Ayres, G. B. Case of pityriasis rubra. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New-York, II, p. 297.

Brocq, L. Étude critique sur le pityriasis rubra. — Arch. générales de méd. Paris, II, pp. 58, 167.



Fox, T. C. On the disease of the skin named pityriasis maculata et circinata. — Lancet. London. II, p. 485.

Hillier, A. P. An obscure case of skin disease. — South Africa med. Journ. East London, I, p. 23.

Ferrier. Exemple de cicatrisation centrale. — Journ. de méd. de Bordeaux, 1884—85. XIV, p. 78.

Leloir, H. Sur une variété nouvelle de périfolliculites suppurées et conglomerées en placards. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. V, p. 437—473 und 2 Taf.

Maclean, D. Large naevus of face; electrolysis; good result. — Physician and Surgeon. Ann. Arbor Michigan, VI, p. 400.

Mitchell, B. C. Maternal naevi treated with carbolic acid. — Texas Courier-Record Med. Fort Worth. 1884—85, II, p. 19—21.

Ornstein, B. Sehr ausgedehnter behaarter Naevus. — Verhandl. d. Berliner Gesellschaft f. Anthropol. Berlin, p. 99—106.

Westmoreland, W. F. Naevus; with report of cases. — Atlanta med. and surg. Journ. N. S. I, p. 321—336.

Ehrmann, S. Ueber das Ergrauen der Haare und verwandte Processe. — Allg. Wiener med. Zeitg. XXIX, p. 331.

Hardaway, W. A. Two cases of recurrent alopecia areata. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, II, p. 260.

Jackson, G. T. Atrophia pilorum propria. — Ebenda, p. 261 bis 266.

Smith, T. C. A case of alopecia calva. — Detroit Lancet, 1884—85, N. S. VIII, p. 111.

Periodical change of colour of hair. — Lancet. London, II, p. 603.

Emmert, C. Zur Operation des eingewachsenen Nagels. — Centralbl. f. Chir. Leipzig, XI, p. 641.

Suzanne, G. Rétrécissement et insuffisance mitrale sans souffles appréciables; dystrophie unguéale de la main droite d'origine traumatique; dystrophie unguéale des orteils; mal perforant; gangrène de la jambe droite d'origine nerveuse; mort; autopsie. — Journ. de méd. de Bordeaux, 1884—85, XIV, p. 25—29.

Chenantais. Panaris des gaînes. — Gaz. méd. de Nantes, 1883—84, II, p. 147.

Fox, G. H. Remarks on hyperidrosis and bromidrosis. — Philadelphia med. Times. 1883—84, XIV, p. 849—851.



Grabovski, M. J. Odnostoronnee potienie litsa. (Einseitige Perspiration des Gesichts.) — Arch. psichiat. etc. Charkow, III, Nr. 1, p. 53—58.

Martin, S. Semelles contre la transpiration de pieds. — Bulletin général de thérap. Paris, CVII, p. 26.

Riehl, G. Hyperidrosis unilateralis. Ein Beitrag zur Kenntniss der Sympathicus-Erkrankungen. — Wiener med. Presse. XXV, pp. 1077, 1115.

Crocker, H. R. Three cases of xeroderma pigmentosum (Kaposi). — Proceedings of the Roy. Med. and Chir. Society of London. 1883—84, N. S. I, p. 234.

White, J. C. A case of unilateral chromidrosis (?). — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, II, p. 293—297.

Chamberini, P. Le pigmentazioni cutanee. — Bulletino de scienze med. di Bologna. 6 Ser. XIV, p. 83—96.

Cronwell, H. G. Eine gemischte Dermoidcyste der Orbita. (Uebersetzt von E. Esmarch.) — Archiv für Augenheilk. Wiesbaden, 1884—85, XIV, p. 120—126.

Bouilly. Epithélioma „dit bénin" de la face. — Journ. des connais. méd. prat. Paris, 3 Sér., VI, p. 321.

Fryer, B. E. A successful case of skin-flap transplantation to lower eyelid after removal of an epithelioma. — Kansas City med. Record. I, p. 334.

Delassus. A. Dégénérescence cancroidale d'un kyste sébacé du cuir chevelu. Lille, 8°.

Umé. Des loupes ou kystes sébacés du cuir chevelu et de leur traitement. — Arch. méd. belges. Bruxelles. 3 Sér., XXV, p. 378—387.

Blocq, P. Molluscum simplex ulcéré de la grande lèvre. — Progrès méd. Paris, XII, p. 693.

Wolffberg, S. Zur Aetiologie der Trichorrhexis nodosa. — Deutsche med. Wochensch. Berlin, X, p. 490—492.

Balzer, F. Note sur les altérations du tissu élastique dans le xanthelasma. — Progrès méd. Paris, XII, p. 713.

Kenzo Mitzuma. (Ueber Pompholix.) — Chiugai Iji Shinpo, Tokei, Nr. 97, April 10.

Poggi. Ipertrofia del cuoio capelluto in una alienata. — Arch. di psichiat. etc. Torino, V, p. 323.

Lailler. La teigne pelade. — France méd. Paris, II, p. 1251—1257.



Chorioblastosen.

Bono, G. B. L'innesto cutaneo nell' oculistica operativa. Presentazione alla r. Accademia di med. di Torino di un caso di restaurazione per innesto cutaneo di una palpebra distrutta da lupus. — L'Osservatore, Torino, XX, pp. 465, 481, 497.

Bryant. Two cases of lupus; scraping and application of carbolic acid. — Lancet. London, II, p. 234.

Hyde, J. N. A clinical study of lupus erythematosus as it affects the hands. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, II, p. 321—335.

Leloir, H. Recherches sur la nature du lupus vulgaire. — Progrès méd. Paris, XII, p. 791—793.

Pfeiffer, A. Zur Geschichte der Aetiologie des Lupus; Bemerkung zu dem Aufsatze des Herrn Dr. Krause in Nr. 26 dieser Wochenschrift. — Berliner klin. Wochenschr. XXI, p. 439.

Schwimmer, E. The therapie of severe lupus. Translated from: Wiener medizinische Wochenschrift by J. P. Knoche jun. — Kansas City med. Record, I, pp. 301, 337.

Lupus faciei. — Jahresbericht über d. chir. Abtheil. d. Spitals zu Basel (1883), 1884, p. 33.

Alvarez Montequin, S. Estudios sobre la lepra del cerdo, como productora de la taenia solium en el hombre. — Revista asturiana de cinecas méd. Oviedo, 1884—85, I, pp. 75, 97, 110.

Arning, E. Ueber das Vorkommen des Bacillus leprae bei Lepra anaesthetica sive nervosum. — Virchow's Archiv. Berlin, XCVII, p. 170.

Baumgarten, P. Ueber die Unterscheidungsmerkmale der Bacillen der Tuberculose und der Lepra. — Monatshefte f. prakt. Dermat. Hamburg, III, p. 193—198.

Baumgarten, P. Ueber die Untersuchungsmethoden zur Unterscheidung von Lepra- und Tuberkelbacillen. — Zeitschrift f. wissensch. Mikrosk. Braunschweig, I, p. 367—371.

Campana, R. Sur la transmissibilité de la lèpre aux animaux; observations expérimentales. — Arch. ital. de biologie. Turin, V, p. 185—190 u. 1 Taf.

Carter, H. V. Memorandum on the prevention of leprosy by segregation of the affected. — Transactions of the med. and physic. society of Bombay (1883) 1884, N. S. Nr. 4, p. 1—21 u. 1 Taf.



Chevors, N. True leprosy. — Med. Times and Gaz. London, II, p. 426—429.

Cullen, P. Remarks on leprosy, with an analysis of thirty-eight cases. — Indian med. Journ. Allahabad, III, p. 341—347.

Durodié. Étude sur la lèpre tuberculeuse et les léproseries fondées à Bordeaux et en Guyenne au moyen âge. — Mémoires et Bull. de la soc. de méd. et chir. de Bordeaux (1883) 1884, p. 328 bis 345.

Geddings, W. H. A case of indigenous leprosy. — Med. Record. New York, XXVI, p. 177.

Gutierrez Leé, R. Cinco observaciones clinicas sobre el tratamiento de la lepra ó elefantiásis de los Griegos, por el uso interno del aceite de ginecardiá odorato fenicado, ó chalmo ogro fenicado, y la dieta lactea. — Crónica méd.-quir. de la Habana, X, p. 458—463.

Lambert, Agnes. Leprosy, present and past. — Nineteenth Century, London, XVI, p. 210—227.

Manson, P. The demonstration of the bacillus in leprae. — Lancet. London, II, p. 342.

Plumert, A. Beobachtungen aus dem Leprosenhause zu Scutari bei Constantinopel. — Allg. Wiener med. Zeitg. XXIX, pp. 389, 401, 414, 426.

Profeta, G. Sulla elefantiasi dei Greci. — Giornale internazion. d. scienze med. Napoli, N. S. VI, p. 282—299.

Rosenbach, P. Ueber die neuropathischen Symptome der Lepra. — Neurolog. Centralblatt. Leipzig, III, p. 361—368.

Thin, G. Report on leprous infiltration of the epiglottis, and its dependence on the bacillus leprae. — British med. Journ. London, II, p. 109—112.

Vidal, E. La lèpre et son traitement. — Médicin prat. Paris, V, pp. 365, 374, 391, 404, 417, 426, 440.

Vignat, Eugène. Les lépreux et les chevalier de Saint-Lazare de Jerusalem et de N.-D. du Mont-Carmel. Orleans, 8°, p. 465, und 4 Taf.

Coudray, Paul. Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose. Thèse. Paris, 4°, p. 108.

Hardaway, W. A. A case of sarcoma cutis; with a supplementary account of a case previously reported. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York. II, p. 289—292 u. 1 Taf.



Shepherd, F. J. A case of sarcoma of the skin and cellular tissue about the ankle, with remarks. — Med. News. Philadelphia, XLV, p. 313—315.

Hardaway, W. A. A case of multiple xanthoma, exhibiting the plane, tubercular and tuberose varieties of the disease; with remarks. — St. Louis Courier of med. XII, p. 289—298.

Dermatomykosen.

Balzer. De l'érythrasma. — Journ. de méd. de Paris. VII, p. 304—308.

Lailler. Considérations générales sur les teignes. — France méd. Paris, II, p. 1023—1026.

Pellizzari, C. I microfiti dell' epidermide umana normale in rapporto coll' area Celsi. — Bolletino d. Soc. tra i cult. delle scienze med. in Siena. II, p. 179—184.

Weir, F. le S. Oleate of copper; its employment in five hundred cases of parasitic disease of the skin. — New York med. Journ. XL, p. 225—231.

Venerische Krankheiten.

Allgemeine Abhandlungen und Geschichte.

Bergh, R. Beretning fra Almindeligt Hospitals 2den Afdeling (for veneriske Sygdomme) for 1883. Kjöbenhavn, 1884, 8°, p. 31. — Aus Hospitals Tidenden.

Caldwell, J. J. The genito-urinary organs; their physiology, pathology and treatment, with cases and authorities to illustrate. — In Gaillard's med. Journ. New York, 1884, XXXIX, p. 241—259.

Gamberini, P. Relatione statistica e terapeutica delle malattie veneree, sifilitiche e cutanee accolte e curate nella clinica sifilo-dermopatica di Bologna nell' anno 1883. — In: Giornale internaz. d. sc. med. Napoli. 1884, N. S. VI, p. 312—315.

Gémy. Cours complémentaire de clinique des maladies syphilitiques et cutanées. — Alger méd. XII, pp. 134, 169, 231.

Giersing, O. M. Statistik over veneriske Sygdomme i Danmark i Tiaaret 1871—80. Kjöbenhavn, 1884, 8°, p. 44 u. 13 Tab.

Giersing, O. M. La statistique sur les maladies vénériennes en



Danemark de 1871 à 1880, d'après des documents officiels. Copenhague, 1884, 8°, p. 15 u. 2 Tab.

Kopff, L. Sprawozdanie naukowe z ruchu chorych w téjze klinice w ciągu roku szokol 1883 i 1884 (Spitalsbericht über venerische und Hautkrankheiten). — Przeglad lekarski. Kraków, XXIII, p. 555.

Langlebert. Traité pratique des maladies des organes sexuels; blennorrhagie aiguë et chronique, cystite, prostatite, rétrécissements de l'urèthre, leurs complications; chancres, bubons, maladies du testicule, impuissance et pertes séminales. Maladies des femmes. Paris, 1885, 16°, p. 588.

Thompson, Henry. Lectures delivered at the Royal College of Surgeons of England, on some important points connected with the surgery of the urinary organs. Students' edition. London, 8°, p. 147.

Hermann, J. Zur Geschichte der Abtheilung für Syphilis im k. k. Krankenhause Wieden, Jahr 1882. — Med.-chir. Central-Blatt. Wien, 1884, XIX, pp. 100, 112, 124, 135, 147, 172.

Jacob, P. L. Recherches historiques sur les maladies de Vénus dans l'antiquité et le moyen âge; avec un avant-propos. Bruxelles, 1883, 8°, p. 214.

Skurchovitch. Otchet o rabotach po sifilisu i venericheskim bolezniam za 1883 g. (Bibliographie für 1883). — Med. Obozr. Moskau, 1883, XX, p. 611; 1884, XXI, p. 447.

Gonorrhoe und ihre Folgezustände.

Ashby, T. A. Uterine catarrh, menorrhagia and metrorrhagia sub-involution after miscarriage, bilateral laceration of the cervix uteri. — Maryland med. Journ. Baltimore, XI, p. 421—424.

Barduzzi, D. Le malattie dell'uretra nella donna. — Comment. clin. d. mal. d. organ. gen.-urin. Pisa, I, p. 41—55.

Bouchet, Emile. De la folliculite blennorrhagique chez la femme et de son traitement, Thèse. Paris, 4°, p. 47.

Boudaud, B. Du traitement de l'orchite par la compression et la sudation. These. Paris, 4°, p. 69.

Bumm, E. Beitrag zur Kenntniss der Gonorrhoe der weiblichen Genitalien. — Arch. f. Gynäkologie. Berlin, XXIII, p. 327—349 und 1 Taf.



Chameron, G. Du traitement de la blennorrhagie considérée comme affection parasitaire par les injections au bichlorure de mercure à 1/20.000°. Thèse. Paris, 4°, p. 82.

Chotier, Émile. Quelques considérations sur l' arthrite blennorrhagique, Thèse. Paris, 4°, p. 52.

Davidson, A. R. Haematuria as a symptom of diseases of the genito-urinary organs. — Buffalo med. and surg. Journ. 1884 bis 1885, XXIV, p. 1—8.

Davis, W. A. Stricture. — Denver med. Times. 1884—85, IV, p. 65—67.

De Amicis. De la nature parasitaire de la blennorrhagie. Action pathogénique des micro-organismes dans le processus blennorrhagique. — France méd. Paris, II, p. 1095—1099.

Descroizilles. De la leucorrhée infantile; ses causes, ses symptômes et son traitement. — Arch. de tocol. Paris, XI, p. 603 bis 617.

Doit. De la blennorrhagie traitée par les eaux sulfureuses de Bagnèrès-de-Luchon. Thèse. Paris, 4°, p. 57.

Dominguez. Algo sobre la blenorrágia. — Anales d. Circ. méd. Argentino; Buenos Aires, 1883—84, VII, p. 666—668.

Dukeman, W. H. Electrolysis in the treatment of organic stricture of the urethra. — New York med. Journ. XL, p. 315.

Eschbach, H. C. Hot water in the treatment of gonorrhoea. — Jowa State med. Reporter. Des Moines, 1884—85, II, p. 20—22.

Fardel, R. Rétrécissement de l'uréthra; cystite chronique; couche de phosphate ammoniaco-magnesien touchant toute la muqueuse urinaire. — Progrès méd. Paris, XII, p. 647.

Gillard, Alexandre Gabriel. Contribution à l'étude du vaginisme. Thèse. Paris, 4°. p. 79.

Giné y Partagás, J. Prostatitis crónica. — Independ. méd. Barcelona, 1883—84, XV, p. 335.

Guyon. Suppuration de la prostate et pyohémie. — Annales d. mal. d. organ. génito-urin. Paris, II, p. 522—539.

Guyon, F. Leçon cliniques sur les maladies des voies urinaires. Sixième leçon: Du traitement de la cystite chronique douloureuse par les instillations de nitrate d'argent. Paris, 8°.

Hall, L. T. Report of a case of stricture of urethra treated by gradual dilatation. — St. Louis Courier of med. XII, p. 221.



Haltenhoff, G. Ueber Conjunctivitis gonorrhoica ohne Inoculation. — Arch. f. Augenheilk. Wiesbaden, 1884—85, XIV, p. 103 bis 120.

Harrison, Reginald. On the treatment of certain cases of prostatic obstruction by a section of the gland. Liverpool, 8°, p. 10 u. 3 Taf.

Harrison, R. Notes on the surgical treatment of haematuria. — Liverpool, med. chir. Journ. IV, p. 237—245.

Hirschberg, J. Ueber gonorrhoische Bindehautentzündung bei Kindern. — Berl. klin. Wochenschrift, XXI, p. 525—527.

Horovitz, A. Zur Behandlung der chronischen Blennorrhagien. — Centralblatt f. d. ges. Ther. Wien, II, p. 337—340.

Humbert. Blennorrhagie ancienne; rétrécissement de l'urèthre; uréthrotomie interne. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVII, p. 777.

Jacquin, Pierre. Étude sur l'adénite inguinale dans la blennorrhagie. Thèse. Paris, 4°, p. 50.

Kohn, S. Ein verbessertes Suspensorium. — Wiener med. Presse. XXV, p. 1214—1218.

Leprévost, F. Études sur ces cystites blennorrhagiques. Thèse. Paris, 4°, p. 162.

Martineau. Sur le traitement de la folliculite blennorrhagique chez la femme. — Bulletin et mémoires de la soc. de thérap. Paris, 2 Sér. XIV, p. 81.

Massari, von. Ein sich selbst haltender, löffelförmiger Scheidenspiegel. — Illustr. Monatschr. f. d. ärztl. Polytechnik. Bern, VI, p. 181—183.

Mesnet, Raoul. Des érythèmes blennorrhagiques. Contribution á l'étude de la blennorrhagie infectieuse. Thèse. Paris, 4°, p. 49.

Palmer, A. B. Prostatic hypertrophy and urinary obstructions; its treatment without catheterism. — Physician and Surgeon. Ann. Arbor Michigan, VI, p. 433—438.

Petrone, L. M. Eruzione rubioliforme nella blennorragia e nel puerperio; porpora emorragica blenorragica. — Spallanzani, Modena, 2 Ser., XIII, p. 200—204.

Reed, R. H. Irritation of de prostate. — Detroit Lancet. 1884 bis 1885, N. S., VIII, p. 102—106.

Smith, J. G. An undescribed form of stricture at the orifice of the male urethra. — Bristol med.-chir. Journ. II, p. 154—158.



Sternberg, G. M. Further experiments with the micrococcus of gonorrhoeal pus „gonococcus" of Neisser. — Med. News. Philadelphia, XLV, p. 426—429.

Tait, L. A clinical lecture: Pyo-salpinx following gonorrhoea; exstirpation of the Fallopian tubes etc. — New York med. Journ. XL, p. 421.

Thiry. Rétrécissement de l'urèthre; tumeur urineuse et épanchement; cancer (?) encéphaloide par inoculation. — Presse méd. belge. Bruxelles, XXXVI, p. 289—293.

Thiry. Rapport sur la note de M. le Dr. J. Bouillet, intitulé: Cas d'uréthrite observé chez l'enfant. — Bulletin de l'Acad. roy. de méd. de Belgique. Bruxelles, 3 Sér., XVIII, p. 765—769.

Thompson, Henry. On tumours of the bladder, their nature, symptoms, and surgical treatment, preceded by a consideration of the best methods of diagnosing all forms of vesical disease, including digital exploration and its results. London, 8°, p. 111 u. 6 Taf.

Van Vyve. Note sur le traitement de l'uréthrite chronique par la méthode des instillations de M. le Prof. Guyon. — Arch. méd. belges. Bruxelles, 3 Sér., XXVI, p. 27—35.

Welander, E. Quelques recherches sur les microbes pathogènes de la blennorrhagie. — Médecin prat. Paris, V, p. 368—371.

White, J. W. Remarks on gonorrhoea. — Polyclinic. Philadelphia, 1884—85, II, p. 6—8.

Widmark, J. Nagra iakttagelser om den gonorroiska uretriten och conjunktiviten. — Hygiea. Stockholm, XLVI, p. 592—594.

Les cystitis. — Concours méd. Paris, VI, p. 388—393.

Syphilitische Initialformen, Bubonen und Geschwüre.

Bogolioubov, N. F. Pjat sluchaev zarajenija sifilisom per os (Syphilitische Infection per os). — Med. pribav. k. morsk. sborniku. St. Petersburg, Mai, p. 51—58.

Bogolioubov, N. F. O pirogallovoi kislotie pri fagedenicheskich mjagkich shankrach (Pyrogallussäure in weichen phagedenischen Schankern). — Ebenda, 1883, Dec., p. 35—37.

Brown, J. M. Chancroidal bubo and bubonic chancroid. — Edinburgh clinic. and pathol. Journ. 1883—84, I, p. 889—895.

Demets, A. Chancre induré de la conjonctive palpébrale. — Annales de la soc. méd. de Gand. LXII, p. 147—152.



Fedotov, A. A. Zarajenie sifilisom puteur evreiskago obriada obriezanija (Verbreitung der Syphilis durch Circumcision). — Med. pribav. k morsk. sborniku. St. Petersburg. April; p. 35—41.

Fedotov, A. A. Nieskolko sluchaev ostrich bubonov pri tverdom shankrie (Acuter Bubo bei hartem Schanker). — Ebenda, März, p. 26—34.

Heller, F. Zur Therapie des weichen Schankers. — Med.-chir. Central-Blatt. Wien, XIX, p. 304.

Kirtikar, K. R. Notes on two cases of gangrene of vulva. — Transactions of the med. and physiol. soc. of Bombay (1883), 1884, N. S. Nr. 4, p. 74—84 und 1 Taf.

Lavergne, F. et L. Perrin. Contribution à l'étude des chancres extra-génitaux. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér., V, p. 380—390.

Lowndes, F. W. Which in the more frequent situation in males of the indurated chancre, infecting sore, or initial sign of syphilis? — The Lancet. London, II, p. 635.

Malthe, A. Jodoform-Lapis et nyt Aetsmiddel. — Norsk Magazin f. Laegevidenskaben. Christiania, XIV, p. 507.

Pellizzari, C. Ulcera infettante della piega inguino-scrotale in un bambino di 16 mesi. — Bollettino d. soc. tra i cultur. d. scienze med. in Siena. II, p. 85—87.

Richmond, W. S. A prepuce dilator, for the treatment of phimosis without operation. — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXVIII, p. 289; Lancet. London, II, p. 544.

Sanjuán y Obelas, M. Tratamiento tópico del chancro Hunteriano. — Revista espec. de oftalm., sifil. etc. Madrid, VIII, p. 283—287.

Simes, J. H. C. The chancroid and its treatment. — Polyclinic. Philadelphia, 1884—85, II, p. 1—4.

Teed, J. L. On the treatment of primary syphilis. — Kansas City med. Record. I, p. 374.

Thomaschewsky, S. Ueber einen Fall von weichem Schanker auf der rechten Mandel (Ulcus molle tonsillae dextrae). — Wiener med. Presse. XXV, p. 1082—1085.

Thompson, J. Anal fissure. — Med. Annals. Albany, V, p. 257—260.

Unna, P. G. Zur Jodoformbehandlung des Ulcus molle. — Monatsh. f. prakt. Dermat. Hamburg, III, p. 242—247.

Zabolotskii, A. Tverdi chankri verchnago veka (Harter Schanker am oberen Augenlid). — Med. Obozr. Moskau, XXI, p. 466—470.

Zwetitch, M. Sur le chancre syphilitique hypertrophique. Thèse. Paris, 4°, p. 85.

Constitutionelle Erkrankungen und Condylome.

d'Ambrosio, A. Su di una gravissima artropatia sifilitica dell' articolazione del ginocchio con iperostosi del femore correspondente; iniezione articolare di acido fenico al $4^1/_2$ per 100; iniezioni ipodermiche di sublimato; guarigione. — Med. contemp. Milano, I, p. 57 bis 62.

Althaus, Julius. On sclerosis of the spinal cord including locomotor ataxy, spastic spinal paralysis, and other system diseases of the spinal cord; their pathology, symptoms, diagnosis, and treatment. New York, 1885, 8°. p. 406. — Dasselbe London, 1884, 8°, p. 406.

Althaus, J. The diagnosis of tabes spinalis (locomotor ataxy). — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXVIII, pp. 283, 305.

Althaus, J. A new symptom and a new theory of locomotor ataxy. — British med. Journ. London, II, p. 708—710.

Balzer, F. Contribution à l'étude des gommes de la peau. — Revue de méd. Paris, IV, p. 609—616.

Barduzzi, D. Sul microbo della sifilide. — Giornale ital. d. malattie veneree. Milano, XIX, p. 79—83.

Basset, Paul Henri. Étude sur les gommes syphilitiques souscutanées. Thèse. Paris, 4°, p. 83 u. 1 Taf.

Baumgarten. Miliare Gummigeschwülste der Milz, nebst Bemerkungen über die anatomisch-histologische Differentialdiagnose zwischen Gummata und Tuberkeln. — Virchow's Archiv. Berlin, XCVII, p. 21—36 u. 1 Taf.

Berger, O. Zur Symptomatologie der Tabes dorsalis. — Breslauer ärztl. Zeitschr. VI, p, 159—161.

Bigot. Démence simple d'origine syphilitique probable. — Annales méd.-psycholog. Paris, 6 Sér. XII, p. 59—62.

Black, J. G. Locomotor ataxy, complicated with hydatid disease of the liver. — Australas. med. Gaz. Sydney, 1883—84, III, p. 245.



Boucher, L. Syphilis cérébrale; guérison par un traitement d'un an avec l'iodure de potassium à hautes doses et par le mercure. — France méd. Paris, II, p. 1191—1194.

Bourrel, Charles. De la syphilis hépatique. Thèse. Paris, 4°, p. 72.

Brossard. Des tumeurs solides du cordon spermatique. — Arch. générales de méd. Paris, II, p. 267—308.

Cabadé. Un cas de folie du doute d'origine rhumatismale; syphilis; vertiges; attaques épileptiformes. — Encéphale. Paris, IV, p. 476—485.

Castaldi, R. La retinite sifilitica e sua terapia. — Rivista internazion. di med. e chir. Napoli, I, pp. 162, 342.

Chamberlain, C. W. On some phases of laryngeal syphilis. — New England med. Monthly. Sandy Hook, Conn. 1883—84, III, p. 491—497.

Ciaramelli, G. Sifilide del fegato. — Med. contemp. Napoli, I, p. 283—289.

Cohn, K. Ein Fall von Scleritis syphilitica. — Wiener med. Presse, XXV, p. 891—894.

Cooper, Alfred. Syphilis and pseudo-syphilis. London, 8°, p. 355.

Cornil, V. et A. Brault. Études sur la pathologie du rein. Paris, 8°, p. 311 u. 16 Taf.

Craft, M. S. Death from syphilis. — Transactions of the Mississippi med. Assoc. Jackson, XVII, p. 174.

Delay, Joseph. Contribution à l'étude du mal perforant dans la période praeataxique du tabes. Thèse. Paris, 4°, p. 54.

Del Monte, M. Iridite sifilitica. — Rivista clin. d. Univers. di Napoli, V. p. 50—52.

De Renzi, E. Sifilide viscerale. — Rivista clin. e terap. Napoli, VI, p. 307.

Dubrueil, A. Gomme volumineuse de la jambe. — Gaz. hebdomad. de sciences méd. de Montpellier, VI, p. 472.

Dubrueil, A. Deux cas de tumeur du cordon spermatique. — Ebenda, p. 410.

Engel, H. An instructive case of syphilis. — Philadelphia med. Times. 1883—84, XIV. p. 851—856.

Erb, W. De l'étiologie du tabes dorsalis. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. V, p. 391—395.



Farriols Anglada. De la sifilis en sus relaciones con la medicina legal. — Revista de ciencas méd. Barcelona, X, p. 385—387.

Faure, Paul. De l'épithélioma du plancher de bouche. Thèse, Paris, 4°, p. 104.

Finger, Ernst. Zur Kenntniss der syphilitischen Gelenks-, Sehnen- und Sehnenscheiden- und Schleimbeutel-Erkrankungen. Wien, 8°, p. 47; aus Wiener med. Wochenschr. XXXIV, Nr. 28 u. fgde.

Folliot, S. Contribution à l'étude des périostites gommeuses de l'omoplate. Thèse. Paris, 4°, p. 65.

Fournier, A. Sifilide e matrimonio: lezioni dettate nell' ospedale San Luigi; traduzione dal francese con note pel dottore C. Maglieri. Napoli. 8°.

Gellé, Louis. Des fractures chez les syphilitiques. Thèse. Paris, 4°, p. 130.

Gémy. La syphilis et la théorie parasitaire. — Alger méd. XII. pp. 169, 231.

Grossmann, L. Die syphilitischen Krankheiten des Auges. — Med.-chir. Central-Blatt, Wien, XIX, pp. 62, 74, 86, 98, 111, 122, 134.

Haberstolz, A. Fall von schwerer Muskelgummose. Jena, 8°, p. 75.

Hall, Lucy M. Syphilitic disease of the finger; amputation. — New York med. Journ. XL, p. 439.

Hall, Lucy M. Case of brain disease (probably syphilitic). — Ebenda p. 430—432.

Haug, R. Ein Beitrag zur Casuistik der Syphilis cutanea vegetans. — Aerztl. Intelligenz-Blatt. München, XXXI, p. 355—358.

Huchard. De la syphilis hépatique. — Paris méd. IX, p. 433—437.

Jacquin, Gabriel. Sur la phthisie syphilitique chez l'adulte. Thèse. Paris, 4°, p. 288.

Kahler. Ueber die Unheilbarkeit gewisser Rückenmarkserkrankungen. — Prager med. Wochenschr. IX, pp. 301, 325, 333.

Kumar, A. Fall von Syphilis. — Med.-chir. Central-Blatt. XIX, p. 87.

Lang, T. Zur Lehre von der Eingeweide-Syphilis. — Wiener med. Presse. XXV, pp. 1109, 1151 und fgde.



Laquerrière. De la syphilis équine (mal du coit, dourine etc.). — Presse vétér. Paris, IV, p. 396—404.

Legrand du Saulle. La syphilis du cerveau; accidents nerveux multiples; troubles intellectuels. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVII, p. 698.

Lépine, R. Die Fortschritte der Nierenpathologie. Deutsch bearbeitet von Dr. W. **Havelburg.** Mit einleitendem Vorworte von Prof. **Senator.** Berlin, 8°.

Leudet. De la curabilité de l'artérite syphilitique. — Semaine méd. Paris, 2 Sér. IV, p. 358.

Lowndes, F. W. Syphilis in a girl, aged 14, the result of an alleged criminal assault; with remarks on some of the medico-legal aspects of such cases. — Liverpool med.-chir. Journ. IV, p. 299 bis 304.

Mackenzie, Morell. A manual of the diseases of the throat and nose, including the pharynx, larynx, trachea, oesophagus, nose, and noso-pharynx. Vol. II. Diseases of the oesophagus, nose, and noso-pharynx. London, 8°, p. 582. — Dasselbe New-York, 8°, p. 406.

Maireau, Désiré Léon. Syphilis et prostituées et principalement contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire. Thèse. Paris, 4°, p. 95.

Mannino, L. Storia clinica e considerazioni su di un caso di ematuria parossistica sifilitica. — Gazz. d. ospedale. Milano, V, pp. 516, 533.

M'Bride, P. Syphilis or framboesia? — Edinburgh clinic. and pathol. Journ. 1883—84. I, p. 921—924.

Mesnard, Pierre Arsène. Des exostoses du creux sus-claviculaire. Thèse. Paris, 4°, p. 56.

Miot, C. et J. **Baratoux.** Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez. Paris, 8°.

Moos, S. Three rare cases of ear affections as a consequence of syphilis. — Arch. of otology. New York, XIII, p. 111—115.

Moure, E. J. Gomme syphilitique du larynx; arthrite cricoarytenoïdienne gauche; paralysie aiguë de l'abducteur du côté droit; tracheotomie; guérison. — Revue mens. de laryngolog. etc. Paris, V, p. 297—302.

Neumann. Remarks on a case of the so-called „skerljevo" disease. — Med. Times and Gaz. London. II. p. 221.



Orlov, A. M. Sluchai bistro protekshago sifilisa, okonchivshiisja smertiou v sliedstvie tromba osnovnoi arterii mozga, artérii basilaris. (Ein Fall von Syphilis mit schnellem Verlauf und tödtlichem Ausgang mit Thrombose der Arteria basilaris.) — Med. pribav. k. morsk. sborniku. St. Peterburg, Februar, p. 39—48.

Pellizzari, C. Bacilli della tuberculosi nelle gomme scrofulose. — Bollettino d. soc. tra i cultur. d. scienze. med. in Siena, II, p. 115—117.

Perfilev, M. O. Iz nablioudennii nad sifilitikami otnositelno etiologii i terapii sifilisa. (Studium über Syphilis in Bezug auf ihre Aetiologie und Therapie.) — Med. pribav. k. morsk. sborniku. St. Petersburg, Jänner, p. 28—44; Febr. p. 18—39.

Petithan. Jodure intus; mercure extra; myelite grave; guérison. — Arch. méd. belges. Bruxelles, 3 Sér. XXVI, p. 73—78.

Petrone, L. M. Sulla transmissione della sifilide agli animali. — Gazz. med. ital. lombard. Milano, 8 Ser, VI, p. 315.

Picqué, L. Syphilis et traumatisme. — Gaz. méd. de Paris. 7 Sér. I, p. 373.

Pivaudran. De la syphilis des amygdales. Thèse. Paris, 4°, p. 76.

Portalier, Paul. Des troubles trophiques de la période praeataxique du tabes spécifique. Thèse. Paris, 4°, p. 75.

Poulet. Note sur les ostéites tuberculeuses et syphilitiques de la vaute cranienne. — Bulletin et mémoires de soc. de chir. de Paris. N. S. X, p. 620—624; Rapport de Chauvel p. 617—620.

Raisz, G. Egy adat a leucoderma syphiliticum származási módjának kerdeséhez. — Orvosi hetilap. Budapest, XXVIII, p. 816.

Renz, W. T. von. Tabes dorsalis und Syphilis. — Centralblatt f. Nervenheilk. Leipzig, VII, p. 385—389.

Rutgers van der Loff, M. Totale genezing van syphilis. Hypothese of feit? — Nederlandsch milit. geneeskund. Arch. Utrecht, VIII, p. 345—449.

Salle, Paul. Sur quelques altérations des vaisseaux lymphatiques dans le cours de la syphilis. Lymphopathies syphilitiques. Thèse. Paris, 4°, p. 81.

Schech, Philipp. Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase; mit Einschluss der Rhinoskopie und der local-thera-



peutischen Technik, für praktische Aerzte und Studirende. Wien, 1885, 8°, pp. VI, 242.

Schenkl. Gumma palpebrae inf. oc. s. — Prager med. Wochenschr. IX, p. 361.

Schumacher. Beitrag zum Zusammenhange von paroxysmaler Hämoglobinurie und Syphilis. — Verhandl. d. Congresses f. innere Med. Wiesbaden, III. p. 357—364.

Sinéty, de. Albuminurie et purpura dans le cours d'une syphilis secondaire. — Gaz. méd. de Paris, 7 Sér. I, p. 424—426.

Spitzka, E. C. Return of the patellar reflex in tabes dorsalis, with some remarks on the syphilitic etiology of that disorder. — American Journ. of neurolog. and psychiat. New York, III, p. 433 bis 442.

Trélat. Epithélioma de la muqueuse anale. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVII, p. 818.

Uchermann, V. Tuberculosis veli palatini. — Norsk Magazin f. Laegevidenskaben. Christiania, XIV, p. 651—654.

Verneuil. Ulcération syphilitique du voile du palais; division: staphylorraphie. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVII, p. 833.

Viñeta Bellaserra. J. Etiologia de las tumores gomosos de la lengua. — Revista de ciencas méd. Barcelona, X, p. 523.

Wickham, E. Plaie contuse chez un syphilitique sans retard de cicatrisation; aucun traitement spécifique. — France méd. Paris, II, p. 1385.

Wyeth. Precocious phagedenic syphilides. — New York med. Journ. XL, p. 442.

Zeissl, M. von. Casuistische Beiträge zur Gehirn- und Nervensyphilis. — Wiener med. Blätter. VII, pp. 1058, 1092.

Congenitale und hereditäre Syphilis.

Baumgarten. Ein Fall von congenitaler Miliarsyphilis der Milz. — Virchow's Archiv. XCVII, p. 36—39.

Baumgarten. Ein Fall von congenitaler Darmsyphilis. — Ebenda, p. 39—49.

Beck, H. Congenital-luëtische Erkrankung der Gallenblase und der grossen Gallenwege. — Prager med. Wochenschr. IX, pp. 257, 266, 284.



Cabot y Rovira, J. Contribución al estudio de las lesiones óseas producidas por la sifilis hereditaria durante la infancia, especialmente bajo el punto de vista de su diagnóstico y tratamiento. — Revista de ciencas méd. Barcelona, X, pp. 316, 355, 388, 413, 459, 485.

Demme. Zwei Beobachtungen von äusserst hartnäckiger multipler hereditär-luëtischer Knochenerkrankung nebst gummöser Erkrankung der Schilddrüse mit Basedow'schen Symptomen. — Wiener med. Blätter. VII, p. 871—875.

Dubousquet-Laborderie et **E. Gauchez.** Syphilis héréditaire tardive; altérations dentaires; phthisie pulmonaire syphilitique; guérie. — Revue de méd. Paris, IV, pp. 663—666.

Forster, T. A case of syphilis, and some of its effects. Two cases of infection through the foetus, and locomotor ataxy. — The Lancet. London, II, p. 233.

Lomer, R. Ueber die Bedeutung der Wegner'schen Knochenerkrankung für die Diagnose und Therapie der hereditären Syphilis. — Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäkolog. Stuttgart, X, p. 189—211 und 1 Tafel.

Luca, R. de. La sifilide ereditaria e l'ematopoesi epatica. — Giornale internaz. d. scienze med. Napoli, N. S., VI, p. 483—488.

Pellizzari, C. I segni della sifilide ereditaria tardiva. — Bollettino d. soc. tra i cultur. d. scienze med. in Siena, II, p. 149 bis 156.

Roig y Bofill, E. Se propaga la sifilis por la via placentaria? Discurso de contestatión al Dr. J. **Cabot y Rovira**, en el acto de su recepción en la real Academia de medicina y cirujia de Barcelona. — Revista de ciencas méd. Barcelona, X, p. 517—523.

Thiry. Contamination chancreuse d'un enfant pendant l'accouchement (chancre congénital); infection chancreuse de la nourrice; syphilis consécutive; propagation de la syphilis par allaitement; phagédénisme et syphilome. — Presse méd. belge. Bruxelles, XXXVI, p. 241—246.

Vallois. Quelques considérations sur les lésions syphilitiques des os longs chez les nouveaunés. — Revue méd. de l'est. Nancy, XVI, p. 557—568.

Webster, D. Loss of an eye from inherited syphilis. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, II, p. 257—259.



Widerhofer. Syphilis congenita. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXIX, p. 403

Prophylaxis und Therapie.

Alonso González, M. Profilaxis de las enfermedades venéreas y sifiliticas socialmente considerada. — Revista espec. de oftalm., sifil. etc. Madrid, VIII, p. 317—329.

Arcari, A. Dell' uso del joduro di potassio e di sodio per iniezione ipodermica. — Gazz. d. osped. Milano, V, p. 445.

Ast, A. Ueber secundäre Syphilis und die Frictionskur. — Med. chir. Central-Blatt. Wien, XIX, p. 242.

Barduzzi, D. Le iniezioni ipodermiche mercuriali nella cura della sifilide. — Giornale ital. d. mal. veneree. Milano, XIX, p. 84 bis 92.

Bertherand, E. L. Études sur les mesures médico-administratives les plus propres à prévenir la propagation des maladies vénériennes. — Journ. de méd. et pharm. de l'Algérie. Alger. IX, pp. 148 bis 154, 184—189.

Boucher, L. Syphilis générale. Guérison par un traitement d'un an avec l'iodure de potassium à hautes doses et par le mercure. — France méd. Paris, II, p. 1100.

Buck, A. H. Large doses of potassium or sodium in sudden deafness of supposed syphilitic origin. — Med. Record. New York, XXVI, p. 257—259.

Finger, E. Ueber einige Operationen, welche durch die Syphilis nothwendig gemacht werden. — Wiener med. Wochenschr. XXXIV, pp. 890, 920, 944, 971, 993, 1026; Allgem. Wiener med. Zeitg. 1883, Nr. 35, 36; Med.-chir. Centralblatt. Wien, 1884, XIX, pp. 146, 158.

Gamberini, P. Ventesimo-secundo rapporto politico-amministrativo-clinico della prostituzione in Bologna. — Giornale ital. d. mal. veneree. Milano, XIX, p. 65—74.

Görges, T. Ueber den heutigen Stand der Syphilisbehandlung. — Wiener med. Wochenschr. XXXIV, p. 1095 u. fgd.

Guyot, Yves. A study in social physiology. Prostitution under the regulation system, French and English Translated from the French by Edgar Becket Truman. London, 12°, p. 367.



Hermanides, S. R. De twee voostellen van de Commissie tot bestrijding der syphilis. — Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. Amsterdam, XX, p. 545—551.

Lambron et Doit. Des affections vénériennes traitées par le eaux sulfureuses de Luchon. Paris, 8°, p. 278.

Lowndes, F. W. The administration of the fluid extract of erytroxylon coca in the treatment of syphilis. — Liverpool med.-chir. Journ. IV, 304—306.

Mordhorst, C. Om Fordelene af Behandlungen af Syfilis og dens hyppigste komplikationer i Badesteder in specie in Wiesbaden. — Hospital-Tidende, Kjöbenhavn, 3 R. II, pp. 441, 483, 515.

Nega, J. Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Dr. Schridde zum „Quecksilbernachweis im Harn". — Berliner klin. Wochenschr. XXI, p. 439.

Neumann. Ueber hypodermatische Behandlung der Syphilis. — Med.-chir. Centralblatt. Wien, XIX, pp. 194, 206.

Proschowsky, Axel. Den legale autoriserende og reglementerende Prostitution. Kjöbenbavn. 8°. p. 28.

Rohe, G. H. The treatment of the later syphilitic lesions of the skin and sub-cutaneous connective tissue. — Transactions of the med. soc. of W. Virgina. Wheeling, XVII. p. 112—118.

Schuster. The elimination of mercury during and after its cutaneous employment. (Second article.) — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, II, p. 266—268.

Seguin, E. C. The American method of giving potassium iodide in very large doses for the later lesions of syphilis; more especially syphilis of the nervous system. — Arch. of med. New York, XII, p. 114—131.

Sénac-Lagrange. Réflexions sur l'état actuel de la question du traitement de la syphilis par les eaux minérales. — Annales de la soc. d'hydrol. méd. de Paris, 1883—84, XXIX, p. 274—289.

Shoemaker, J. V. Remarks on the treatment of syphilis by hypodermic injections of corrosive sublimate. — The Lancet. London, II, p. 406.

Smith, A. H. On the tolerance of corrosive sublimate in small and frequent doses. — Med. Record. New York, XXVI, p. 312.

Stoecker. Bad Wildungen und seine Mineralquellen mit beson

derer Berücksichtigung ihrer Heilkräfte bei Krankheiten der Harnorgane. Achte Auflage. Arolsen, 8°.

Streitz. Traitement de la syphilis par les injections hypodermiques; quelques formules nouvelles. — Arch. méd. belges. Bruxelles. 3 Sér. XXVI, p. 78—89.

Torres, A. La sifilis trasmitida mediante la operacion de la vacura; preceptos profilácticos. — Gaceta de sanidad militar. Madrid, X, pp. 425, 500.

Vertrees, W. M. The action of mercury. — Southern Practitioner. Nashville, VI, p. 461—464.

Gesetz vom 1. Juni 1884, betreffend die Unterdrückung der Skerljevo-Krankheit in Dalmatien. — Med.-chir. Centralblatt, XIX, p. 329.

Reglementering der Prostitutie. Gronningen, 8°.

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien.

Druckfehler-Berichtigung.

Seite 24 Zeile 7 von oben lies: Abblassen statt Ablassen.
„ 24 Fussnote zu streichen.
„ 25 Zeile 20 von unten lies: Xanthomen statt Xanthom.
„ 27 in der Fussnote, Zeile 1: „theils“ zu streichen.
„ 27 in der Fussnote, Zeile 2 und 3: von „theils“ bis „Xanthomzellen“ zu streichen.
„ 29 Zeile 5 von oben lies: Reichlichkeit statt Reinlichkeit.



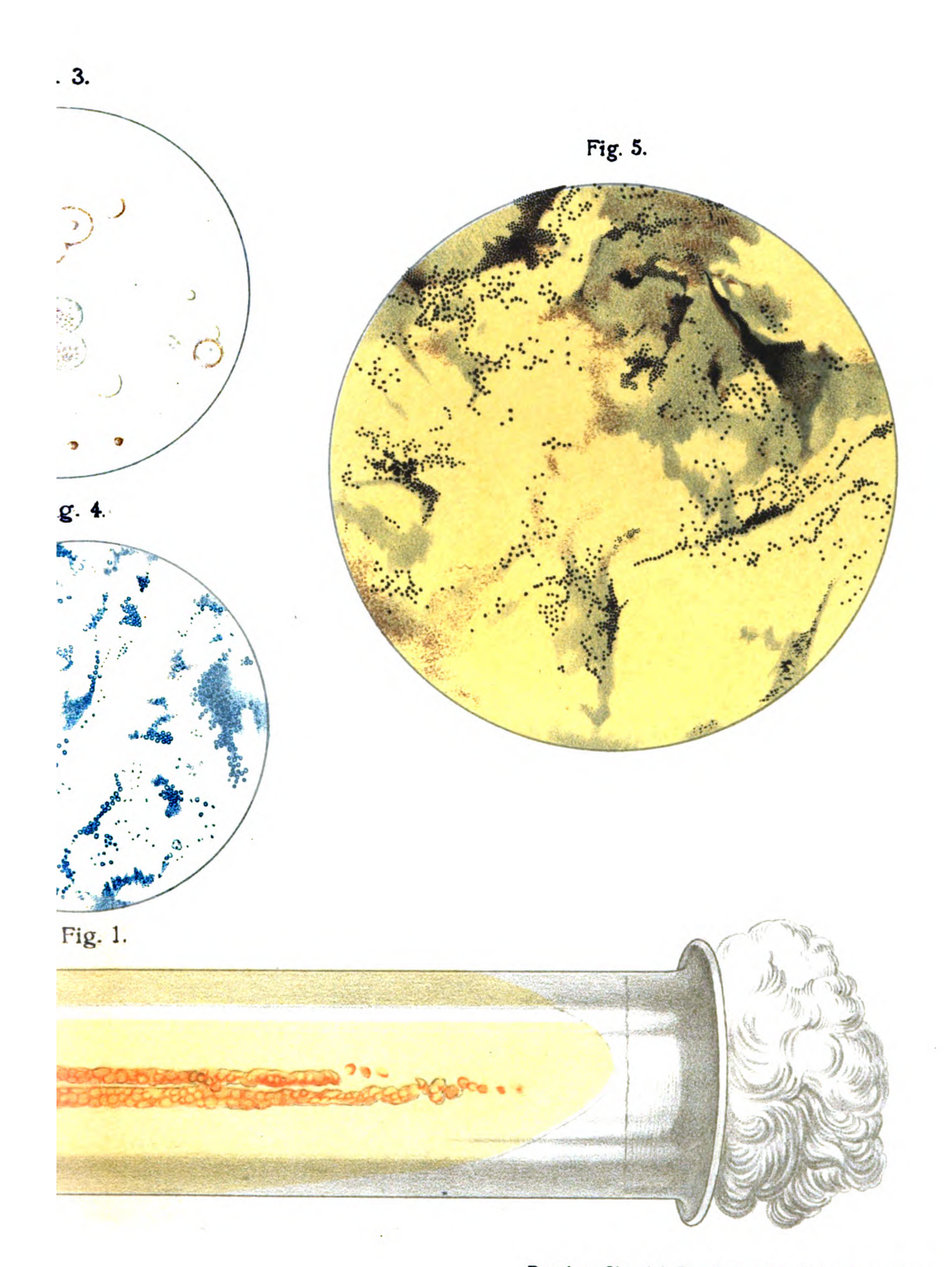
Vierteljahresschrift f. Dermatologie u. Syphilis, Jahrg. 1885.

F

Fig. 2.

AUSPITZ: Ein Fall von Granuloma Fungoides.





Druck v. Sinsel & Co., G. m. b. H., Oetzsch - Leipzig.

Aus der Universitätsklinik und Poliklinik für Hautkrankheiten und Syphilis des Prof. Neisser in Breslau.

Ueber die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injectionen von Hydrargyrum formamidatum (Liebreich).

Von

Dr. Carl Kopp,

Assistenten der Klinik.

(Fortsetzung der Tabellen s. Seite 184—197 und Schluss.)

Die vorstehende Tabelle enthält 126 Fälle mit mehr als 3000 Injectionen. Die Durchschnittszahl der Injectionen war 25 à 0,01 Hydr. form.

Unter diesen 126 Fällen waren:

Männer 65
Weiber 61

Klinisch ist unser Material in drei Gruppen zu theilen:

a) Primäraffect und erstmaliges Auftreten constitutioneller Symptome 53 mal.

b) Recidive, der Secundärperiode der Syphilis angehörig 71mal.

c) Tertiäre Formen 2 mal.

Schwund der Symptome (von Pigmentresiduen und Lymphdrüsenschwellungen abgesehen) wurde erzielt in 92 Fällen.

Wegen unangenehmer Nebenwirkungen musste das Präparat ausgesetzt und durch anderweitige Medicationen ersetzt werden in 13 Fällen.

Trotz fortdauernder Behandlung konnte ein Schwund der Symptome nicht erreicht werden in 11 Fällen.

Wegen anderweitiger Umstände (Abreise, Complicationen) wurde die Injectionscur nach erzielter beträchtlicher Besserung unterbrochen in 10 Fällen. (Fortsetzung auf Seite 198.)



Nr. curr.	Name, Alter, Stand	Anamnese	Objectiver Befund
85	P. Pauline 25 J. Verk. rec. 8. Decemb.	Inf. Mitte August. Seit 4 Wochen Exanthem mit Jodkali behandelt	Papulo-squamöses, über den ganzen Körper verbreitetes Exanth. Tonsillitis, Defluv., Kopfschmerzen, allg. Drüsenschwellung. Th. Auf die grösseren Efflor. Salicylseifenpflaster. Calomel u. Salzw. v. 3. Tg. an
86	Pf. Pauline P. p. 24 J. rec. 10. Jänner 1883	Im Sommer vor. Jahres wegen Lues 50 Inunct. Jan. 83. Recidiv	Papeln ad gen. verwaschenes Exanthem. Pharyng. Tonsillitis. Allgemeine Drüsenschwellung. Rhagaden an d. Mundwinkeln
87	G. Marie 23 J. Dienstmädchen recip. 26. Nov. 1883	Seit 3—4 Wochen fleckiger Ausschlag und Nässen im Schooss. Infect. unbekannt	Pap. ad gen. indol. Inguinaldrüsenschwell. mac. Exanth. Papulöse Efflorescenzen am behaarten Kopf. Tonsillitis, Pharyngitis, Plaques muqu. Th. Touchiren mit Lapis
88	F. Ida, 20 J. Dienstmädch. recip. 22. Nov. 1883	Inf. unbekannt. Seit 6 W. Papeln an den Genit.	Oedem der l. Labie. Allgem. Drüsenschwellung. Verwaschenes Exanthem. Papeln an den Genital. Th. Calomel, Salzwasser vom 5. Tage an
89	R. Adolf, 21 J. Buchhalter recip. 4. Nov. 1883 (poliklin.)	Anfang Sept. Ulcus dur.	Plaques in ore. Maculöses Exanthem
90	N. Wilhelm 22 J. Arbeit. recip. 17. Dec. 1883 (poliklin.)	Inf. unbekannt. Seit 14 Tagen offene Stellen im Munde	Im Sulcus coronar. ein noch nicht verheiltes Geschwür. Verwaschenes Exanthem. Defluv. Bedeutende allgem. Drüsenschwellung
91	H. Carl, 24 J. Haushälter recip. 18. Dec. 1883	Seit 4 Wochen Primäraffect. Inf. vor 6 Wochen	Macul. Exanth. Ulcus durum. Inguinaldrüsenschwellung

Anzahl u. Dos. d. Injectionen	Nebenwirkung	Resultat	Hg im Harn nachweisb.	Recidive
Inj. von Hg form. 0,01 pro dos. 0,02 pro die 36 Inj.	Die ersten Inject. sehr schmerzhaft, keine Infiltration, keine Stomatitis	Geh. entl. 4. Jänner 1884	n. d. 2. Inj.	
25 Inj. à 0,01 in d. Rücken und die Seiten	Schmerzlos, keine Infiltration	Geh. entl.	—	10. Dec. Recid. Papeln ad gen. Drüsenschw. Leukop. colli. Plaq. ad tons. 16 Inj. à 0.01 Hg form. Heilung, kein Schmerz, kein Infiltration
Inj. von Hg form. 0,02 pro die, in toto 40 Inj. à 0,01	Keine Schmerzen, mässige Infiltration der Nates	Exanth. geschwunden, Papeln fast abgeheilt. Wegen Nephritis wird Pat. auf innere Stat. transferirt 16. December 1883	nach dem 1. Tage	
täglich 2 Inj. à 0,01 in toto 30 Inject.	Geringe Schmerzhaftigkeit, wenig Infiltration der Glutäalgegend, keine Stomatitis	Geh. entl. 24. December 1883	nach dem 3. Tage	
30 Inj. à 0,01	Wenig Schmerzen, geringe Infiltration	Geh. entl. 9. December 1883 Jodkali-Nachkur	—	
40 Inj. à 0,01	Wenig Schmerzen, keine Infiltration	Geh. entl. 15. Jänner 1884	—	
26 Inj. à 0,01 auf Station weitere 14 Inj. in toto 40	Kurze Zeit best. Schmerzen, keine Infiltration	18. Jänner 1884 Exanthem besteht fort, keine Besserung. Pat. auf Stat. aufgenommen	n. d. 1. Inj.	



Nr. curr.	Name, Alter, Stand	Anamnese	Objectiver Befund
92	P. Pauline 22 J. Kellnerin recip. 18. Dec. 1883	Inf. unbekannt. Seit Anf. Nov. Papeln im Schooss. Seit Anf. Dec. desgl. am Munde. Seit etwa 5 Tagen eine jetzt thalergrosse squamöse Effloresc. am l. Knie	Leukopathia colli. Allgemeine Drüsenschwellung. Macul. Exanthem. Plaques muqu. Pap. madid. ad gen. Th. Calomel und Salzwasser. Touchiren m. Sublimatalkoh. Später Nachbehandlung mit Jodkali u. Salicyl-Quecksilberseifenpflaster
93	T. Benedikt 37 J. Arbeit. recip. 19. Dec. 1883	Vor 4 Wochen Auftreten eines indurirten Geschwürs an der Unterlippe, bald darauf Anschwellung der Halslymphdrüsen. Vor 3 W. Kopfschmerzen und Nässen am After sowie im Sulc. coron.	Markstückgrosse oberflächlich exulcerirte Sclerose an d. Unterlippe, am behaart. Kopfe pustul. Syphil. Am Nacken und Halse, sowie d. oberen Partie d. Brust einige derbe linsengrosse braunrothe Papeln. In d. Analgegend theils trockene, theils nässende Papeln; ebenso am Scrotum. Indolente Drüsenschwellung Th. Cal. u. Salzw. Empl. merc.
94	T. Wilhelm Barbier, 20 J. recip. 18. Dec. 1883	Juli 83 Sclerose. Seit 4 Wochen Hautausschlag. Defluv. Schlaflosigkeit, Fieber	L. v. Frenulum eine 10pfennigstückgrosse derbe überhäutete Sclerose. Nässende Papeln am Scrotum und Anus. Plaques muqueus. Pharyng. Allgem. Drüsenschwellung. Ueber den ganzen Körper verbreitetes lenticul. Syphil. Th. Calom. Salzw. Touchiren mit Lapis, später Inunctionskur u. Salicylseifenpflast. Jodkalium
95	Z. August Schuhmacher 1. Dec. 1883	Inf. vor 3 Monaten	Ulcus durum im Sulcus coron. Indolente Drüsenschwellung. Papulo-squamös. Exanthem. Pharyngitis, Tonsillitis. Th. Unguent. basil. Nachkur mit Jodkali u. Einreibungen mit Unna's Sublimat-Carbolsalbe
96	H. Max, 18 J. Maschinenbauer, rec.	Inf. vor 3 Monaten. Vor 6 Wochen Nässen am Scrotum. Seit 14 Tagen Schmerzen am After	Auf Brust, Bauch und Rücken Roseola syph. Pap. mad. ad anum et scrot. Plaqu. muqu. Th. Calomel und Salzwasser Touchiren m. Sublimatalkoh.



Anzahl u. Dos. d. Injectionen	Nebenwirkung	Resultat	Hg im Harn nachweisb.	Recidive
30 Inject. à 0,01 0,02 pro die	Nicht schmerzhaft. Keine Infiltration	Alle Symptome bedeutend gebessert 24. Jänner 1884 geb. entl.	—	
32 Inject. à 0,01	Schmerzen von der Injection dauern etwa 6 Stund. lang. Mässige Infiltration der Glutäalregion, etwas Salivation	15. Jänner 1884 alle Symptome geschwunden. Geheilt entlassen	—	
41 Inject. à 0,01	Inj. verursachen ziemlich heftige Schmerzen, schmerzhafte Knotenbildung in der Glutäalregion	Exanthem etwas flach., Papeln überhäutet, Mundaffection geschwunden, Sclerose noch sehr derbe * * * Unter Inunctionskur (10 à 3,0) und localer Behandlung der Infiltrate mit Chrysarobintraumaticin u. Seifenpfl. sowie Jodkali 2,0 pro die Heilung 17. Jänner 1884	—	
36 Inject. à 0,01 täglich 0,02	Keine	Exanthem in Resorption aber noch deutlich. 22. Dec. Inj. sistirt. 6. Jänn. neue Efflorescenz. am Rücken von glänzend rothem Aussehen (Lichen ruber?) geh. entl. 16. Jänner	nach der 2. Inj.	7. Febr. Recid. Zunehmende Schwäche in beiden Augen Chorioid. spec. Pap. am Scrot. Leukopathie. Exanth. pap. Unbehandelt bis 9. Juli 84. Ung. hyd. cin.
36 Inject. à 0,01	Keine	Geheilt entl.	—	Bis 24. Juli 84 keine Recidiv.

Nr. curr.	Name, Alter, Stand	Anamnese	Objectiver Befund
97	G. Agnes, 21 J. P. p. recip. 12. Dec. 1883	Im März 83 wegen Papeln in Behandl. Infect. unbekannt	An den Genital. und in deren Umgebung theils exulcerirte theils trockene Papeln, indol. Drüsenschwellung. Defluv. R. Labie sehr ödematös. Th. Calomel u. Salzwasser nach dem 3. Tage
98	B. Alwine Magd, 30 J. recip. 14. Dec. 1883	Inf. unbekannt. Seit 4 Wochen Defl. cap. Kopfschmerzen, Blattern an den Gen. Seit 3 Wochen Hautausschlag.	An der r. Labie deutliche Sclerose. Papulo-squamöses Exanth. Indol. Lymphdrüsenschwellung. Pharyngitis. Pap. madid. ad gen. Th. Calomel u. Salzwasser nach dem 3. Tage
99	R. Johanna Köchin, 31 J. recip. 15. Dec. 1883	Seit 14 Tagen Hautausschlag. Kopfschmerz. Defl. Inf. unbekannt	Papulo-squamöses Exanthem. Indolent. Drüsenschwellung. Nässende Pap. ad gen. Th. Calomel, Salzwasser
100	F. Anna, verh. 45 J. recip. 5. Jänner 1883	Inf. Juli dieses Jahres durch den Mann. Damals papulo-squam. Exanth. Schmierkur (38). Jetzt neuerdings Hautausschlag. Gen. frei	Papulo-squam. Exanth. Allg. Schwäche, Anämie, Schleimhäute frei. Th. Nach Abschluss der Inj. Jodkali
101	B. Adolf Lehrer, 23 J. recip. 14. Dec. 1883	Seit 5 Tagen fleck. Ausschlag am ganzen Körper. Initialsclerose an der Urethralmündung	Maculöses Exanthem. Initialsclerose
102	P. Oskar, 25 J. Kaufm. recip. 3. Jänner 1884 (poliklin.)	Inf. Nov. 1884	Initialsclerose, Lymphdrüsenschwellung. Mac. Exanthem
103	F. Christiane 28 J. verh. recip. 12. Jän. 1884 (polikl.)	Seit 4 Wochen gehen die Haare aus. Nässen an den Gen. Kopfschmerz.	Pap. mad. ad gen. Maculöses Exanthem. Lymphdrüsenschwellung. Defluvium cap. Pharyngitis Nachkur mit Jodkali

Anzahl u. Dos. d. Injectionen	Nebenwirkung	Resultat	Hg im Harn nachweisb.	Recidive
30 Inj. à 0,01	Heftige Schmerzen 10 Min. dauernd, derbe Infiltration der Glutäalgegend	Geheilt entlassen 14. Jänner 1884	Nach d. 3. Inj.	24. Jänn. 1884 Recidiv. Pap. ad gen.
36 Inj. à 0,01 tägl. 0,02	Wenig Schmerzen, derbe Infiltration der Nates	Geheilt entlassen 21. Jänner 1884	nach den ersten 2 Inj. in 24 Stunden	
Inj. von Hyd. form. 0,02 pro die in toto 38 Inj. à 0,01	Schmerzen von der Injection etwa 1/4 Stunde lang. Derbe Infiltration der Glutäalregion	Geheilt entlassen 21. Jänner 1884	—	
28 Inj. à 0,01 in den Rücken	Ziemliche Schmerzen, keine Infiltration	Exanthem flacher. * * * Heilung durch Jodkaligebrauch Februar 1884	nach der 2. Inject.	
9 Inj. à 0,01 dann 25 Inunction. à 3,0	Hochgradige Schmerzhaftigkeit der Inj., dieselben sistirt, keine Infiltration	Geheilt entl. 14. Jänn. 1884	nach der 1. Inject.	
30 Inj. à 0,01	Schmerzen anfangs sehr beträchtlich, allmähliche Gewöhnung an dieselben. Keine Infiltration	Geheilt entlassen 19. Febr. 1884	—	30. April Rec. Exanth. mac. Pap. madid. Ulc. tonsillit. Protojoduretpillen
30 Inj. à 0,01	Schmerzen nur im Momente der Injection. Beträchtliche Infiltration der Injectionsstellen	Geheilt e[illegible] 2. Febr. 1884	—	

Nr. curr.	Name, Alter, Stand	Anamnese	Objectiver Befund
104	N. Josef, 36 J. Arbeit. recip. 26. Dec. 1883	Inf. Juni 1883. Damals Ulc. dur. Roseola. Kopfschmerz. 20 Inunct. mit Sapo mercur. und 4—5 Fl. Jodkali. Ende 1883 Recidiv. Die Narbe am Penis exulcerirte von neuem	Am Penis eine indurirte und exulcerirte Stelle. Pharyngit. Plaques muqueuses. Allgem. Drüsenschwellung
105	G. August Arb. 19 J. rec. 21. Dec. 1883	Inf. vor 3½ Mon. Seit einigen Wochen Ausschlag am Körper	Mac.-papul. Syphilid an Rumpf und Extremitäten. Nässende Papeln ad anum, scrot. et pen. Phimose. Am freien Rande des Präputium deutliche Sclerose. Indolente Drüsenschwellung. Plaques muqueuses. Tonsillitis. Th. Calomel und Salzwasser
106	S. 30 J. Kaufm. recip. 1. Sept. 1883	Inf. Dec. 1882. April 1883 mac. Exanth. 25 Inunctionen. Im Juli 4 Wochen lang Hg. Pillen. 19. Sept. Lymphdrüsenschwellung am Halse Ulceration d. r. Tonsille	Allgemeine Drüsenschwellung, speciell die Halsdrüsen beträchtlich geschwellt. Tonsillitis spec. ulcerosa
107	S. Martha 18 J. P. p. rec. 12. Sept. 1883	Bereits 2 mal wegen Lues in Behandl. 2 Inunctionscuren à 30 u. 25 Inunct. zum letzten Mal vor 8 Wochen	Breite Papeln an den grossen Labien. Drüsenschwellung, Leukopathia colli, kein Exanthem, Tonsillitis. Im Introitus vaginae zahlreiche spitze Papillome. Th. Vom 3. Tage ab Calomel und Salzwasser
108	O. Pauline 20 J. P. p. recip. 7. Jän. 1884	Inf. 82. Damals 15 Inunct. Seit August 83. Defluv. cap.	Kleinpapulöses Syphilid. Leukopathie am Halse, Gesicht frei. Inguinaldrüsenschwell. Pap. mad. ad gen. Tonsill.
109	S. Pauline Arbeit. 20 J. P. p. recip. 22. Aug. 1883	Inf. vor 4 Monaten. 5 W. später mac. Syphilid. Pap. an den Gen. bisher unbehandelt	Papulo-squamöses Exanthem. Plaques muqueuses. Psor. syph. amb. man. Exulcerirte Papeln an den Genitalien. Allgem. indolente Drüsenschwellung. Th. Calomel und Salzwasser Empl. hydr. ad psor.

Anzahl u. Dos. d. Injectionen	Nebenwirkung	Resultat	Hg im Harn nachweisb.	Recidive
30 Inj. à 0,01	Schmerzen etwa ¼ Stunde dauernd, zieml. lebhaft. Zahlreiche Infiltrationsknoten blieben durch mehrere Wochen hindurch empfindlich. Während der Kur trat ein über die unteren Extremitäten verbreitetes Eczem auf	Geh. entl. 27. Jänner 1884	—	Im März 1884 Recidive. Plaqu. muqu. Tonsill. ulcer. Kali jodat.
43 Inj. à 0,01	Keine bedeutenden Schmerzen, ziemliche Infiltration. Leichte Stomatitis. Im Harn war vorübergehend E. W. aufgetreten	Geh. entl. 8. Februar 1884	—	25. Juli 1884 Recid., kleintuberc. Syph. Tonsillitis ulcer. Hydr. oxydat. tann.
30 Inj. à 0,01 2mal wöchntl. à 0,02	Keine	Geh. entl. 6. Nov. 1883	—	Bis z. 1. Mai 1884 keine Recidive
26 Inject. à 0,01	Sehr lebhafte Schmerzen, allmähliche Gewöhnung. Wenig Infiltration. Dieselbe bestand noch durch 8 Wochen nach der letzten Inj. fort	Geh. entl. 18. October 1883 Die spitzen Papillome wurden ausgekratzt und mit Jodoform beh.	n. d. 2. Inj.	5. April 1884 Recidive. Breite Papeln Hyd. oxydat. tann. 3mal täglich 0,10
30 Inj. à 0,01	Schmerzen durch etwa ½ Stunde. Indurirte Knoten an d. Injectionsstellen	30. Jänner 1884 geh. entl.	—	
2 Inj. à 0,01 sie müssen sistirt werden	Hochgradige Schmerzhaftigkeit. An einer der Injectionsstellen bildete sich ein grösserer Abscess	Unter Inunctionskur geh. entl. 10. October 1883	—	

Nr. curr.	Name, Alter, Stand	Anamnese	Objectiver Befund
110	S. Caroline Dienstmädch. 22 J. recip. 28. October 1883	Inf. vor 8 Wochen. Seit 14 Tagen Ausschlag	Papeln an d. Genital. Drüsenschwellung. Maculo-squam. Exanthem. Tonsill. vergrössert, Defluvium
111	Sch. Marie 21 J. Arbeit. recip. 14. Jän. 1884	Infect. vor 1 Jahr. Im Juni 83 Papeln an den Gen. Halsschmerzen und Ausgehen der Haare	Nässende Papeln an den Gen. Leukopathia colli. Allgem. indolente Drüsenschwellung, Tonsillitis. Th. Calomel und Salzwasser, die derberen Papelreste später mit Empl. salicyl. sapon. cum hydrarg. belegt
112	M. Anna verh. 25 J. recip. 10. Dec. 1883 (polikl.)	Vom Manne inf. cfr. No. 81.	Am After und ad genit. nässende Papeln. Allgem. Drüsenschwellung. Th. Calomel, Salzwasser
113	Z. Ferdinand 27 J. Kaufm. 14. Jän. 1884	Infic. Coitus vor 8 Wochen. 14 Tage später einige Blattern an der Haut des Penis. Seit 3 W. Heiserkeit und Schlingbeschwerden	Papulo-sqamös. Exanth. Grosse Sclerose in dorso penis. Indolente Drüsenschwellung. Plaques muqueuses. Th. Salicylseifenpfl. Chrysarobin-traumaticin auf die derberen Papeln
114	M. Reinhold 40 J. Arbeit. recip. 16. Jän. 1884	Im Frühj. 83 bereits wegen Lues in Behandl. Seit 10 Wochen Heiserkeit und nässende Blattern am anus und scrotum	Maculöses Exanthem. Pap. mad. ad anum et scrotum. Allgemeine indol. Lymphdrüsenschwellung, Plaques muqueuses, Pharyngitis, Laryngitis. Th. Calomel, Salzwasser
115	B. 29 J. Kaufmann, verh. recip. 28. Dec.	Inf. wahrscheinlich durch Kuss 2. Dec. 83. 16—18 Decbr. Blattern an der Oberlippe. 23. Decemb. Schwellung der Halslymphdrüsen	Typ. Sclerose der r. Hälfte der Oberlippe, grosses hartes Drüsenpaquet an d. rechten Seite des Halses, links kleineres. 3. Jänner maculo-pap. Syphilid



Anzahl u. Dos. d. Injectionen	Nebenwirkung	Resultat	Hg im Harn nachweisb.	Recidive
30 Inj. à 0,01	Geringe Knotenbildung in der Glutäalregion. Schmerzen d. Injection beträchtl. Nach der 7. Inj. trat unt. Fieberbewegung ein diffuses Erythem auf, welches in einer Woche ohne Desquamation verschwand. Während der Dauer dieses Eryth. wurd. die Inj. sistirt	Geheilt entlassen 11. December 1883	n. d. 1. Inj.	
40 Inj. à 0,01 täglich 0,02	Wenig Schmerzen, derbe Infiltration der Glutäalregion	Geh. entl. 9. Februar 1884	—	
28 Inj. à 0,01	Sehr lebh. Schmerzen, derbe Induration d. Injectionsstellen, Leichte Stomatitis	Geh. entl. 10. Jänner 1884	—	10. April 1884 Recidiv. Plaques muqueuses. Am Nacken eine 10pf. stückgross. derbe Papel von braunrother Farbe mit dünnen Schuppen bedeckt. Hyd. oxyd. tann. 3mal täglich 0,2
30 Inj. à 0,01 pro die 0,02	Schmerzen dauern 12 Stund. Heft. Reissen in den Beinen. Allmähl. Gewöhnung. Geringe Infiltration an d. Einstichsstellen	Geh. entl. 6. Jänner 1884	n. d. 2. Inj.	26. Juni 1884 Recid. Tonsill. ulcerosa. Pap. madid. Hydr. oxyd. tann. 3mal tägl. 0,1
30 Inj. à 0,01 pro die 0,02	Wenig Schmerzen. Geringe Infiltration. Keine Salivation	Geh. entl. 1. Februar 1884	—	
16 Inj. à 0,01 dann Sublimatchlornatr. innerl.	Keine	Die Injection. mussten wegen Abreise des Pat. unterbrochen werden. Am Tage der Entlass. war d. Exanth. blasser und flacher und hatten sich d. Drüsentumoren sehr verklein. 22. Jänn.	—	Recidive 10. Aug. 1884 Pat. hat seine Frau inficirt. Calomel-injectionen

Nr. curr.	Name, Alter, Stand	Anamnese	Objectiver Befund
116	H. Reinhold Schlosser 33 J. recip. 18. Aug. 1883	18. Aug. Halsschmerzen, Ulcus im Sulc. coron. Jodoform. Kali chlor. 13. Dec. Ausschlag am ganzen Körper. Offene Stellen im Munde	13. December Exanthem mac. Plaques muqueuses, Papeln am Scrotum, allgem. Drüsenschwellung. Das bereits vernarbte Geschwür jetzt wieder oberflächl. exulcerirt, derbe Beschaffenheit des Grundes
117	L. Emilie P. p. 18 J. recip. 25. Aug. 1883	Angebl. seit 14 Tagen an d. l. Labie ein Geschwür	Grosse typische ovale Sclerose an der l. grossen Labie. Erosionen an der hinteren Commissur. Vaginitis. Exanthem macul. Pharyngitis, allg. Lymphdrüsenschwellg.
118	M. Clara, P. p. 20 J. alt recip. 14. September 1883	Vor 2 Mon. wegen Papeln 25 Inunctionen	Allgemeine Drüsenschwellung, Leukopathie am Halse, deutliches macul. Exanthem
119	W. Hermann Arb. 19 J. recip. 3. Sept. 1883	Seit 3 Wochen bemerkte Pat. Geschwüre am Präputium	Durch das phimotische Präputium ist an der dem Frenulum entsprechenden Stelle eine deutliche runde indurirte Stelle zu palpiren. Indolente Inguinaldrüsenschwellung. Verwaschenes Exanthem
120	B. A. 24 J. recip. 14. Feb. 1883 (aus Prof. Neisser's Privatpraxis)	Infection März 82. Häufig recidivirende Form. Mehrmals Schmierkur	August 1882 Plaques muqu. Bei Beginn der Injectionskur. Stat. idem
121	B. 24 Jahre 23. Nov. 1884 (Prof. N.)	Inf. Anf. April 1883. 16. Mai — 26. Juni 25 Inunctionen. Sap. merc. 17. Juli Plaques muqu. 2. August 20 Einreibung. 23. Nov. Recid. Roseola. und Plaques muqueus. Beginn d. Injectionen	Recidiv. Lues, Exanthem, Plaques muqueuses

Anzahl u. Dos. d. Injectionen	Nebenwirkung	Resultat	Hg im Harn nachweisb.	Recidive
39 Inj. à 0,01 vom 18. Dec. ab tägl. 2 Inj.	Schmerzhaft. Beträchtl. Infiltration	5. Jänner 1884 geh. entl.	Nach d. 3. Inj.	20. Jän. Recid. Plaqu. muqu. Defluv. Hyd. oxyd. tann. Jodkali. 10. Aug. 1884 neuerdings Recidive
30 Inj. à 0,01	Wenig Schmerzen, derbe Infiltration der Glutäalregion	Sclerose geschwunden, Exant. sehr blass, jedoch noch deutl. sichtbar; geb. entl. 22. Sept. 1883	Nach d. 1. Inj.	
20 Inj. à 0,01	Wenig Schmerzen von kurzer Dauer. Geringe Knotenbildung	Geheilt entl. 5. October 1883	Nach d. 2. Inj.	
40 Inj. à 0,01 davon die letzten 19 poliklin.	Keine	Geheilt entl. 25. October 1883	Nach d. 2. Inj.	Bis 26. Aug. 1884 keine Recidive
22 Inj. à 0,01	Schmerz von geringer Dauer, keine Knotenbildung	Ungeh. entlassen 8. März 1883	—	Fortwährend. Recidive
20 Inject. die letzten 15 zu 0,02. 18. Dec. Schluss der Injectionskur	Etwas Schmerzen	Nach 8 Inj. Exanth. verschwund.	—	14. Jänn. 1884 Recid. Plaq. der Zunge. 23. Jänn. weit. Plaq. Jodkali. 10. April, 23. Mai Recidiv. Inunctionsk.

Nr. curr.	Name, Alter, Stand	Anamnese	Objectiver Befund
122	V. O. 25 J. (Prof. N.)	Inf. April 83. Sclerose Exanth. Papeln an der Zunge. Einreibungskur (20). August und September nochm. 20 Inunctionen	Anfang November Plaques muqueuses, Tonsillitis. Beginn der Injectionskur. Häufig recidivirende Form
123	R. X. 22 J. (Prof. N.)	5. Dec. 83. Seit 10 Tagen Sclerose an der Unterlippe	Sclerose 8. December Beginn der Injectionskur. 28. Dec. Schluss derselben
124	S. G. 32 J. (Prof. N.)	Inf. Sept. 1880. Dec., Jän. 25 Inj. mit Sublimat. April 82 Inunctionskur. Vom 8. Jän. 84 ab wieder Inunctionen und 40 Gr. Jodkali wegen Plaques muqueuses	8. April Plaques muqueuses der Mundschleimhaut
125	L. O. 33 J. (Prof. N.)	Inf. 1882. Schmierkur in Aachen und später Jodkali und Jodquecksilber-Präparate	28. Februar 1884 Plaques an d. Mundschleimhaut. Roseola und Psoriasis plantaris
126	W. Marie P. p. 20 J. recip. 26. Sept. 1883	Infectionszeit unbekannt. Vor 1 Jahre Inunctionskur. Seit 3 Wochen Ausschlag am Körper und Nässen im Schooss	Zahlreiche nässende Papeln an den äusseren Genitalien und am Anus. Maculös. Exanth. Leukopathia colli. Die sichtbaren Schleimhäute normal

Anzahl u. Dos. d. Injectionen	Nebenwirkung	Resultat	Hg im Harn nachweisb.	Recidive
20 Inject. mit in toto 0,3 Hg form.	Mässige Schmerzen, keine Knotenbildung	Die Schleimhauterscheinungen und Halsaffectionen schwanden schnell	—	15. Dec. Rec. Halsaffection, Plaq. Jodkali. 11. März 1884 wieder Recid. Hyd. oxyd. tann.
30 Inject. mit in toto 0,3 Hg form.	Inj. zieml. schmerzhaft, doch werden dieselb. fortgesetzt, keine Knotenbildung	Sclerose überhäutet, ein während d. Kur aufgetretenes maculöses Exanth. war am Schlusse d. Kur geschwunden	—	7. Jänn. 1884 Papel auf der Mundschleimhaut. Sclerose wieder exulc. Inunctionsk. Jodkali
5 Inj. à 0,01	Dieselben müssen wegen Schmerzhaftigkeit ausgesetzt werden. Hyd. oxyd. tann.	—	—	
21 Inj. à 0,01 * * * Inject. à 0,02 werden wegen allgemeiner Schwäche schlecht ertragen	Inj. zieml. schmerzhaft. Bisweilen Schwäche im Bein auf der injicirten Seite. Keine Knotenbildung	Die Affection der Schleimhäute abgeheilt, Exanthem geschwunden, Psoriasis plant. besteht weiter	—	10. April Recidiv auf den Tonsillen
30 Inj. à 0,01 Hg form.	Deutliche Infiltration der Glutäalgegend, keine Schmerzen, keine Stomatitis	Geh. entl. 6. Nov. 1883	—	29. Sept. 1884 Recidiv. Mehrere exulcerir. Papeln an der r. Labie. Inunctionskur

Als unangenehme Nebenwirkung finden wir verzeichnet:

1. Schmerzhaftigkeit der Injectionsstellen von kürzerer Dauer (bis zu einer Stunde) 34 mal, 15 mal b. Weibern, 19 mal b. Männern.

2. Schmerzhaftigkeit der Injectionsstellen von längerer Dauer (bis zu 24 Stunden) 31 mal, 19 mal b. Weibern, 12 mal b. M.

3. Knotenbildung und entzündliche Infiltration an den Einstichstellen 41 mal, 28 mal bei W., 13 mal bei M.

4. Abscessbildung 1 mal bei 1 W.

5. Salivation und Stomatitis 12 mal, 4mal bei Weibern, 8 mal bei M.

In 39 Fällen wurde die durch längere Zeit hindurch fortgesetzte Injection (25—30) ohne jede unangenehme Nebenwirkung vertragen.

Als Complication, mit den Injectionen wahrscheinlich nicht direct zusammenhängend, wurde beobachtet

Erythema universale b. 1 W.

Eczem der unteren Extremitäten bei 1 M.

Nephritis parench. b. 1 W.

Ausserdem wurden bei einer hysterischen Puella durch jede Injection so heftige clonische Krämpfe ausgelöst, dass die Einspritzungen sistirt werden mussten.

Anatomische Verhältnisse scheinen mir die Ursache zu sein, dass hochgradige Empfindlichkeit der Injectionsstellen von längerer Dauer und entzündliche Infiltration (in einem Falle zu Abscedirung führend) vorwiegend beim weiblichen Geschlechte zur Beobachtung kommen. Nur dann können wir einen reactionslosen Verlauf der Injectionen erwarten, wenn es gelingt, die injicirte Flüssigkeit in jenen lockeren Bindegewebsschichten zu vertheilen, durch welche der Panniculus adiposus mit der darunterliegenden Fascie verbunden wird. Diese Gewebe sind von einer so lockeren und elastischen Beschaffenheit, dass die injicirte Lösung nur einen sehr geringen Grad von Spannung erzeugt, während der Reichthum an Lymphspalten für eine rasche Resorption des Medicamentes die günstigsten Chancen bietet. Da nun gerade beim Weibe das Fettpolster an den Nates besonders mäch-

Fig. 1.

NEUMANN: Histolog. Veränd. bei den Hautsyphiliden. Druck v. Sinsel & Co., G. m. b. H., Oetzsch-Leipzig.

tig entwickelt ist, dürfte die Annahme wohl gerechtfertigt erscheinen, dass in diesen Fällen die Spitze der Injectionscanüle nicht tief genug eindrang, um das derbfaserige Bindegewebe des Panniculus zu vermeiden. Dann erleiden die straffen Fasern des letzteren eine übermässige mechanische Zerrung, es kommt zu Gefässzerreissungen, Extravasaten und circumscripten Nekrosen, die injicirte Flüssigkeit kann in Folge der Compression der zunächst liegenden Lymphbahnen nicht oder nur langsam zur Resorption gelangen und wirkt nun als Entzündungsreiz, es bilden sich jene lange bestehenden schmerzhaften Infiltrate, welche zwar meistens endlich durch Resorption schwinden, in seltenen Fällen jedoch zur Abscessbildung führen können. In directem Zusammenhange mit diesen Verhältnissen steht auch das häufigere Auftreten von Salivation und Stomatitis bei Männern. Je geringer die entzündliche Infiltration, desto rascher die Resorption; je schneller die letztere vor sich geht, desto häufiger werden Intoxicationserscheinungen beobachtet.

Der Harn wurde auf Hg untersucht, grösstentheils nach der von Fürbringer[1]) modificirten Ludwig'schen Methode in 31 Fällen. Die Untersuchung wurde vom 1. Tage der Injection ab in 24 stündigen Intervallen vorgenommen. Zur Bestimmung wurde stets ein Liter Harn verwendet. Einen kleineren Theil der Untersuchungen hatte Herr Spitalapotheker Dr. Gissmann die Liebenswürdigkeit zu übernehmen. Es sei mir gestattet, demselben an dieser Stelle für seine freundliche Unterstützung bestens zu danken. Herr Dr. Gissmann untersuchte auf elektrolytischem Wege und verwendete nur kleinere Mengen von Harn (200 bis 300 Gr.). Hg wurde im Harn nachgewiesen, 9 mal nach der ersten, 17 mal nach der zweiten, und 5 mal erst nach der dritten Injection, à 0,01. Das Quecksilber beginnt demnach den Organismus sehr rasch zu verlassen und einige weitere Untersuchungen haben mich gelehrt, dass bereits 5 Wochen nach Beendigung der Injectionen kein Hg im Harn mehr nachzuweisen war. Durch eine in jüngster Zeit von Schuster veröffentlichte Arbeit veranlasst,

[1]) Quecksilbernachweis im Harn mittelst Messingwolle. Zeitschr. f. anal. Chem. XVII. p. 526.



untersuchte ich auch die Fäces in 3 Fällen und konnte nach der 3., 4. und 7. Injection Hg in denselben nachweisen.

Wenn wir nun den therapeutischen Erfolgen der Formamid-Injectionen unsere Aufmerksamkeit zuwenden, so erkennen wir sofort, dass in einer grossen Anzahl von Fällen ein curativer Effect in der That erzielt wurde. Diese Fälle gehören aber sämmtlich jenen leichteren Formen an, die als maculöse und papulöse Exantheme, Plaques muqueuses oder nässende Papeln dem Beginne der Secundärperiode entsprechen, und häufig unter rein localer Behandlung zur Involution gelangen. Ich glaube daher diesen günstigen Resultaten keinen allzugrossen Werth für die therapeutische Beurtheilung des Formamides beilegen zu dürfen, um so mehr als grosspapulöse Syphilide und derbere Infiltrate sich als sehr resistent gegen die eingeschlagene Therapie erwiesen und erst einer combinirten Behandlung (Jodkali, Localbehandlung) wichen. Grössere Primäraffecte fühlten sich selbst nach 40 Injectionen noch sehr derbe an, und die Heilung der beiden Fälle von serpiginösem Knotensyphilid dürfte wohl mehr dem gleichzeitigen Jodkaligebrauche zuzuschreiben sein. Am besten werden sich demnach solche Fälle für die Formamid-Injection eignen, bei denen die Syphilis in der mildesten Form auftritt, während wir in allen den Fällen, bei welchen sich Symptome einer intensiveren Erkrankung zeigen (lenticuläres Syphilid, Iritis etc.) den sofortigen Uebergang zu einer energischen Inunctionskur anrathen möchten. Sind aber Symptome tertiärer Syphilis vorhanden, so wird gewiss kein erfahrener Praktiker eine sofortige Jodkalibehandlung unterlassen. Die theoretischen Bedenken Liebreich's gegen eine gleichzeitige Verabreichung des Formamid und Jodkali scheinen mir thatsächlich unbegründet. Ich habe eine solche combinirte Behandlung in einer grossen Reihe von Fällen mit gutem Erfolge eingeleitet, einen Misserfolg dagegen niemals zu verzeichnen gehabt.

Die Ursache dieser wenig intensiven Einwirkung des Formamids auf den Syphilisprocess ist, wie ich glaube, in der raschen Ausscheidung desselben aus dem Organismus zu suchen. Die oben erwähnten chemischen Untersuchungen des Harns und der Fäces haben gezeigt, dass das Quecksilber den Organismus so rasch verlässt, dass es zu einer Accumulation des Medi-



camentes gar nicht kommt, so dass die Einwirkung desselben auf das Virus, dessen Wesen uns ja leider noch unbekannt ist, obwohl die vergleichende Nosologie uns eine bacterielle Natur desselben ausserordentlich wahrscheinlich erscheinen lässt, nicht genügend lange und intensiv zu sein scheint, um dasselbe zu vernichten. Die Annahme Wolff's, welcher mit dem Alanin-, Asparagin- und Glycocoll-Quecksilber experimentirte und gerade in der raschen Ausscheidung des Hg einen besonderen Vorzug der von ihm verwendeten Präparate erblicken zu müssen glaubt [1]), scheint mir etwas willkürlich zu sein. Derselbe betont die rapide Ausscheidung der Amidverbindungen des Quecksilberoxydes und sucht deren prompte Wirkung bei recidivirenden Formen, welche früher mit demselben Medicament behandelt worden waren, durch den Umstand zu erklären, dass die vom Hg befreiten Gewebe der Heilpotenz des Mittels leichter zugänglich seien, als die noch mit Hg imprägnirten; er beobachtete nämlich, dass Recidive nach Inunctionskuren viel hartnäckiger der Behandlung widerstreben, als solche nach Injectionstherapie, in specie mit Amidverbindungen des Quecksilbers. Obwohl ich die thatsächlichen Beobachtungen, welche Wolff zu dieser Vermuthung geführt haben, nicht im mindesten bezweifle, scheint es mir doch, dass dieselben vielleicht besser durch eine gewisse Zufälligkeit gedeutet werden können, ein Umstand, der bei der Häufigkeit und Polymorphie der syphilitischen Processe nie ausser Acht gelassen werden sollte, da auch annähernd richtige Schlüsse nur aus einer grossen Anzahl von Beobachtungen gezogen werden können. Wolff hat uns in seiner Arbeit, die sich allerdings nur beiläufig mit dieser Frage beschäftigt, bestimmte, in Zahlen ausgedrückte Angaben über die von ihm behauptete Hartnäckigkeit der Recidive nach Inunctionskuren zwar gegeben [2]), doch habe ich, obwohl ich bei einem

---

[1]) Ueber die subcutane Anwendung des Glycocoll-, Asparagin- und Alanin-Quecksilbers und deren Wirkung auf den syphil. Process. Von Dr. A. Wolff. Strassb. 1883.

[2]) Die hundert Fälle aber, die er der Reihe nach den Registern der Klinik entnommen hat, sind durchaus nicht ganz einwandfrei; bei der Inunctionskur kommt es sehr viel an auf die Dosirung und richtige Ausführung der Einreibungen, so dass die Vermuthung nahe liegt, dass unter den hundert Fällen recht viele ungenügend geschmierte sich befinden

grossen Material meine Aufmerksamkeit auf diesen Punkt richtete, seine Beobachtungen nicht bestätigt erhalten. Ein durchgreifender Unterschied in der Intensität der Recidive nach der Schmierkur und Injectionskur existirt nach meiner Ansicht nicht; auch wäre ein solcher theoretisch den modernen Anschauungen über Infection wenig entsprechend.

Anders verhält es sich mit der Häufigkeit der Recidive nach der Injectionstherapie; wenn uns die Erfahrung lehrt, dass Recidive um so häufiger auftreten, je schneller die Ausscheidung des Hg aus dem Körper von Statten geht, und wir in der Lage sind, ein solches Verhältniss in einer grossen Anzahl von Fällen zu constatiren, so sind wir wohl berechtigt, einen causalen Zusammenhang anzunehmen. Ich habe es daher versucht, unser Material nach dieser Richtung hin zu untersuchen.

Recidive traten im Ganzen auf in 42 Fällen. Doch sind wir nicht in der Lage, daraus ohne Weiteres die Percentziffer der Recidive zu eruiren, da ein beträchtlicher Theil der von uns als geheilt (quoad symptomata) entlassenen Patienten, sich später nicht wieder vorstellte, woraus keineswegs zu folgern ist, dass dieselben nicht neuerdings an luetischen Symptomen leiden, andererseits alle Patienten noch nicht so lange ausser specifischer Behandlung stehen, dass wir daraus deren definitive Heilung schliessen könnten.

Wir können daher nur in der Weise unsere Erfahrungen über die Häufigkeit der recidivirenden Lues mittheilen, dass wir nur diejenigen Patienten, welche sich auf unser Betreiben wieder vorstellten, zur statistischen Grundlage nehmen und ausrechnen, wie viele Recidive auf diese fallen. Auch dann aber wird ein positiver Schluss nur dann erlaubt sein, wenn wir in der weit überwiegenden Anzahl der uns zu Gebote stehenden Fälle Recidive auftreten sehen, da die bis heute von syphilitischen Symptomen frei gebliebenen Patienten keineswegs als definitiv geheilt betrachtet werden können.

Von diesem Standpunkte ausgehend kommen wir zu folgendem Resultate:

---

mögen. Der Werth solcher Statistiken ist, wie wir sofort zeigen werden, ein sehr problematischer.



Von den in obigen Tabellen verzeichneten Patienten blieben 9—21 Monate in Beobachtung 49 Fälle.

Von diesen blieben von recidivirenden Formen verschont 7 Fälle.

Recidive traten auf in 42 Fällen.

Es ergibt sich daraus ein Procentsatz der Recidive von 86% der beobachteten Fälle, also immerhin ein sehr hoher, insbesondere wenn man bedenkt, dass ein Theil der bisher recidivefreien Patienten, noch nachträglich Rückfälle zu erwarten haben; eine Voraussetzung, welche wohl kaum ernstlichen Zweifeln begegnen dürfte.

Was die Recidive der unbehandelten Syphilis (simple treatment) betrifft, so finden sich hiefür verzeichnet . . . . 93% (Diday)
bei der Inunctionskur und anderen Methoden mit Quecksilberpräparaten . . . . 81% (Lewin)
bei der Sublimat-Injectionskur . . . . 31% (Lewin)

Diese Angaben der Autoren können, wie ich glaube, gleichfalls nur einen sehr relativen Werth beanspruchen. Insbesondere hat vor Kurzem Köbner auf das Unzureichende der Lewin'schen Statistik hingewiesen. Sehr treffend bemerkt Sigmund: „Die Methode der Statistik hat heute für das Syphilisgebiet noch zu wenige feste Anhaltspunkte, um weittragende Aussprüche absolut zu thun, genug wenn sie vorderhand einige relativ haltbare liefert.“

Immerhin scheint unsere Erfahrung dafür zu sprechen, dass die recidivirenden Formen der Lues bei der Formamidbehandlung sehr häufig sind, mindestens nicht seltener als bei anderen Methoden, und dass demnach das Liebreich'sche Präparat in dieser Hinsicht einen Vorzug nicht verdient. Um meine Reserve in Bezug auf die Recidivstatistik noch besonders zu betonen, möchte ich mich ganz an Mauriac anschliessen, der sich über diesen Gegenstand in seinen in Deutschland noch wenig bekannten „Leçons sur les maladies vénériennes, professées à l'hôpital du Midi“ folgendermassen auslässt: „Ich betrachte die Frage der Recidive, welche jeder zu Gunsten seiner Methode zu lösen sucht, als eine der dunkelsten und schwierigsten der Syphilistherapie. Mag man



mit noch so grossen Zahlenreihen arbeiten, man wird diejenigen, welche sich die Mühe geben, nachzudenken, nicht überzeugen können. Die Syphilis recidivirt in der That nahezu mit Sicherheit unter mehr weniger leichten oder schweren Formen während der ersten Jahre ihrer Entwicklung. Die successiven Nachschübe sind in dem Wesen des Syphilisvirus begründet. Selten habe ich Kranke gesehen, welche nur einmal recidiv geworden wären. Und wenn selbst die Symptome seit langer Zeit geschwunden sind, kann man deshalb versichern, dass solche nicht wieder auftreten werden? Woher nehmen wir die Gewissheit, dass die constitutionelle Erkrankung nicht mehr existirt, dass alle ihre Keime spontan geschwunden oder völlig vernichtet sind? Und wenn wir eine solche Gewissheit nicht besitzen, welches Vertrauen kann eine Statistik erwecken, welche eine immer nur relativ kurze Periode des Lebens der Kranken umfasst. Ja, wenn die Statistiker die Syphilitischen, von denen sie sprechen, von der Primäraffection bis zum Tode beobachtet hätten; wenn sie alle Krankheitsphasen hätten verfolgen können; wenn sie eine grosse Anzahl so exact beobachteter Fälle hätten zusammenstellen können; dann wären ihre Argumente sicher einer ernsten Ueberlegung werth. Aber ist diese Arbeit gethan, oder kann sie überhaupt in hinreichendem Umfange gethan werden, um alle Einwürfe zu beseitigen?

Was kann man in der täglichen Praxis sehen? Kranke (es ist die Mehrzahl), welche nach drei oder vier leichten Attaquen mit oder ohne Behandlung geheilt werden; andere, deren Symptome von längerer Dauer, schwerer und zahlreicher, nur mit Mühe durch die sorgfältigste Behandlung beseitigt werden können; andere, die trotz fortgesetzter Behandlung unablässig neue Nachschübe zu erleiden haben; solche endlich (und dies ist die Ausnahme), welche durch einen rapiden Kräfteverfall einem Marasmus ohne Ende, einer unheilbaren Cachexie entgegengeführt werden."

Dieses Raisonnement dürfte, so weit es die Statistik der Recidive anlangt, schwer zu widerlegen sein.

Nachdem mir aber die Häufigkeit der Recidive bei der Formamidbehandlung festzustehen schien, lag es nahe, die Ursache derselben in demselben Umstande zu suchen, den ich bereits für die geringe Intensität der Heilwirkung beim grosspapulösen Syphilid u. s. w. verantwortlich machen zu müssen glaubte, nämlich



in der raschen Ausscheidung des Hg aus dem Organismus. Welche Vorstellungen auch immer man von dem Wesen des syphilitischen Virus haben mag, man wird nicht umhin können zu gestehen, dass eine möglichst intensive und lange fortgesetzte Quecksilberbehandlung während der ersten Jahre nach der Infection, nach den Erfahrungen der bedeutendsten Syphilidologen die sicherste Garantie vor Rückfällen bietet; daraus ergibt sich von selbst der Schluss, dass die therapeutische Wirkung des angewandten Quecksilberpräparates eine um so erfolgreichere sein wird, je grössere Quecksilbermengen im Organismus accumulirt werden und je länger dieselben in Circulation bleiben, um ihre specifische Wirkung auf das Virus zu bethätigen.

Ich glaube demnach, dass, was die Häufigkeit der Recidive betrifft, das Liebreich'sche Präparat einen Vorzug nicht aufzuweisen hat, und erkläre mir die erstere aus dem kurzen Verweilen sehr kleiner Mengen im Körper. Aber auch in Hinsicht auf die Nebenwirkungen und den augenblicklichen Erfolg kann ich einen Vorzug vor dem Peptonat oder Bicyanat nicht finden. Die Dauer der Behandlung ist die gleiche, während mir die entschieden grössere Haltbarkeit und Billigkeit des Formamids seine einzigen Vorzüge zu sein scheinen. Hinter der Schmierkur stehen alle subcutanen Methoden zurück. Die Sublimatinjectionen aber sind meiner Erfahrung nach entschieden schmerzhafter und verursachen häufig Abscesse; dagegen verweilt der Sublimat länger im Organismus und kann in Folge dessen durch Accumulativ-Wirkung einen entschieden intensiveren Einfluss auf das syphilitische Virus ausüben.

Vergleichende Versuche, die ich mit Peptonat-, Glycocoll- und Formamidpräparaten, sowie mit Sublimat an einer Reihe von Kranken angestellt habe, führten zu folgendem Ergebniss:

1. Der Schmerz.

Mehrere Kranke erhielten gleichzeitig durch mehrere Tage hindurch je zwei Injectionen. Die Injectionspräparate wurden in verschiedener Weise combinirt, so dass zum Beispiel ein Patient heute in die linke Hinterbacke eine Injection von Sublimat, rechts eine solche von Formamid, am folgenden Tage links Formamid, rechts Glycocollquecksilber erhielt und die momentane oder andauernde Schmerzhaftigkeit der Injectionsstelle sorgfältig registrirt



wurde. Das Resultat solcher an 5 Kranken vorgenommener Versuche war, dass von sämmtlichen Kranken ohne Ausnahme bei Anwendung des Sublimats stets momentan heftige Schmerzen bei der Injection empfunden wurden; dieselben hielten auch nahezu immer durch längere Zeit hindurch (mehrere Stunden) an, während die Injectionen mit Formamid, Glycocoll- und Peptonat-Quecksilber viel weniger augenblickliche Schmerzen verursachten, länger andauernde Empfindlichkeit der Injectionsstellen dagegen zu den Seltenheiten gehörten. Unter den drei letztgenannten Präparaten wesentliche Unterschiede zu entdecken, war ich nicht in der Lage.

2. Entzündliche Infiltrationen und Abscedirung.

Auch in dieser Beziehung ist der Sublimat weniger zu empfehlen als die drei anderen Präparate. Zwar treten auch bei den letzteren nicht selten (unter den Bedingungen, die wir oben bereits erörtert haben) entzündliche Knoten an den Einstichsstellen auf; dieselben werden aber gewöhnlich rascher resorbirt und führen nur ganz ausnahmsweise zur Abscessbildung. Mein Material weist unter mehr als 3000 Injectionen nur ein einziges Mal Abscessbildung auf, während eine solche unter ungefähr 150 Sublimatinjectionen 4 mal zu Stande kam. Zwischen Peptonat, Glycocoll und Formamid liessen sich wesentliche Verschiedenheiten der Reizwirkung gleichfalls nicht erkennen.

3. Resorption und Ausscheidung aus dem Organismus, Salivation und Stomatitis.

Salivation und Stomatitis scheinen (wahrscheinlich in Folge der raschen Resorption der Präparate) bei Verwendung der Glycocoll- und Formamidsalze rascher aufzutreten als beim Sublimat. Doch will ich mir über diesen Punkt ein definitives Urtheil nicht erlauben, da mir die Zahl der vorgenommenen Sublimatinjectionen für diesen Zweck nicht gross genug zu sein scheint. Dasselbe ist der Fall bezüglich des Peptonates, wenn ich auch sagen kann, dass ich und Andere oft genug bei Anwendung desselben Salivation und Stomatitis gesehen haben. Die Ausscheidung des Glycocoll und Formamid hingegen geht sicher auffallend rasch vor sich, viel rascher als die des Sublimats. Bei Verwendung des letzteren war Hg im Harn noch 3 Monate nach Beendigung der



Kur nachzuweisen, während bei ersteren Lösungen schon 5 bis 6 Wochen nach dieser Zeit die Excrete Hg-frei befunden wurden.

4. Haltbarkeit verschiedener Injectionsflüssigkeiten.

In dieser Hinsicht genügen alle vier Präparate bei entsprechender Behandlung (Aufbewahrung der Lösungen in einem dunklen Glase mit weiter Oeffnung und sorgfältige Reinigung der benützten Spritzen und Canülen vor dem jedesmaligen Gebrauche) den Anforderungen der praktischen Thätigkeit, indem sie sich durch Wochen hindurch klar und unzersetzt erhalten. Immerhin ist das Peptonat am empfindlichsten gegen zufällige Verunreinigung und gegen die Einwirkung des Tageslichtes. Das Glycocoll- und Formamidsalz sind entschieden haltbarer (bis zu 14 Tagen im hellen Glase und bei täglich einmaliger kurzer Oeffnung desselben), während das Bicyanat in dieser Beziehung an die Spitze gestellt werden kann, da es sehr beständig ist.

Wir können demnach unser Urtheil über die therapeutische Verwendbarkeit des Formamid in folgende Sätze zusammenfassen:

1. Das Liebreich'sche Präparat ist entschieden brauchbar bei milde auftretenden Luesformen, sowie für die vielen kleinen Recidive, namentlich der Schleimhaut. Allerdings kann es hier ersetzt werden durch die viel bequemere interne Therapie;[1]) den Sublimatinjectionen ist das Formamid sicher vorzuziehen wegen der geringeren localen Reaction, während der durch die rasche Ausscheidung bedingte Mangel einer Accumulativwirkung als Nachtheil zu betrachten ist.

2. Deshalb ist das Formamid auch nicht zu verwenden in allen Fällen intensiverer Erkrankung (grosspapul. Syphilide, derbe Infiltrate); als sicherste Methode ist auch heute noch für diese

[1]) Für die leichteren Formen luetischer Erkrankung scheint uns die interne Medication um so mehr am Platze, als wir seit Kurzem ein Mittel besitzen, welches ausser einer gelinden, meist angenehm empfundenen Wirkung auf den Darmtractus sehr gut vertragen wird, ich meine Lustgarten's Hydrarg. oxydulatum tannicum, welches nach unseren zahlreichen praktischen Erfolgen in der Breslauer Klinik und Poliklinik, sehr warme Empfehlung verdient, und dessen allgemeiner Verbreitung der relativ hohe Preis als einziges Hinderniss im Wege stehen dürfte.

Fälle die Inunctionskur zu betrachten. Ebensowenig ist das Formamid zu gebrauchen bei tertiären Formen.

3. Recidive werden durch das Formamid nicht verhindert; im Gegentheil scheinen dieselben bei dieser Behandlung ausserordentlich häufig zu sein.

Wir sind der Aufforderung Liebreich's, das von ihm empfohlene Präparat einer objectiven Prüfung zu unterziehen, mit Vergnügen nachgekommen; zu unserem Bedauern konnten wir seine hauptsächlich auf theoretische Erwägungen gestützten Erwartungen bezüglich des therapeutischen Werthes des Formamid durch die klinische Beobachtung nicht erfüllen; gleichwohl sind wir seinen Bemühungen zu Dank verpflichtet, durch welche unser Arzneischatz um ein für eine grosse Anzahl von Fällen passendes Medicament vermehrt worden ist.

Es sei mir gestattet, an dieser Stelle Herrn Prof. Neisser für die liebenswürdige Ueberlassung des Materiales, und Herrn Prof. Dr. Gscheidlen für die freundliche Unterstützung bei dem chemischen Theil meiner Arbeit, meinen besten Dank auszusprechen.

Neuere Untersuchungen

über die

histologischen Veränderungen der Hautsyphilide, deren Verlauf und über das indurirte Dorsallymphgefäss.

Von

Professor Dr. **Isidor Neumann** in Wien,

Vorstand d. Klinik u. Abtheilung f. Syphilis.

(Hiezu die Tafeln X—XXI.)

Wenn wir über die pathologische Histologie der durch Syphilis bedingten Hautkrankheiten Rundschau halten, finden wir sofort, dass die derzeit bekannten positiven Befunde keinen allzugrossen Rahmen erfüllen. Denn das Gumma und das breite Condylom ausgenommen, sind die übrigen specifischen Dermatosen nicht erschöpfend genug studirt worden.

Ich habe daher das pathologische Material meiner Klinik einem näheren Studium unterzogen und will, bevor ich auf die hiebei gewonnenen Resultate eingehe, die Angaben anderer Autoren in kurzen Zügen voranschicken. Ich kann hier sofort mit der Jüngstzeit beginnen, in der bekanntlich erst die pathologische Anatomie, zumal was deren histologischen Theil betrifft, die verdiente Würdigung gefunden hat.

Bei Baerensprung[1]) finden wir die Ansicht ausgesprochen, dass die recenten Syphilisformen Hyperämie und Exsudation, begrenzte Entzündungsherde in der oberen Cutisschicht darbieten, und dass dieselben bei längerem Bestande zur Hypertrophie einerseits, zum Zerfall des Papillarkörpers anderseits führen. Die Produkte der tertiären Syphilis dagegen sollen mehr in Tuberkelform auftreten, von den tieferen Cutislagen, selbst vom subcutanen und submucösen Gewebe ausgehen. Es erscheint hiebei

[1]) Charité-Annalen VI. B.



ein anfangs gallertiges, später tuberculisirendes Exsudat, durch dessen Erweichung ein in die Tiefe greifender Ulcerationsprocess eingeleitet wird, dessen Heilung stets unter Narbenbildung erfolgt.

Virchow[1]) unterscheidet die syphilitischen Neubildungen von den regelmässigen Arten der Bindegewebsgeschwülste, führt für die ersteren an, dass sie nie zu wirklichem Bindegewebe heranreifen, keinen bleibenden Charakter annehmen, somit kein Dauergewebe bilden, vielmehr aus Elementen transitorischer Natur bestehen, die dem Zerfall entgegengehen, daher denn auch Erweichung und Ulceration gleichsam den regelmässigen Beschluss ihrer Existenz bilden. Dabei zeigt es sich, dass die periphersten Theile der Neubildung die trockensten sind und am längsten persistiren, während deren centralen Theile zuerst zur Consumption gelangen.

Andere Autoren, so Biesiadecki, Birch-Hirschfeld, Rindfleisch, heben für die Hautsyphilide hervor, dass sich die Capillargefässe mit einem Mantel von Zellen umgeben, welche mehr den Charakter von jungem, embryonalem Bindegewebe annehmen; ferner wird der Befund von Endothelwucherungen bis zur vollständigen Obliteration des Lumens an der Intima der Gefässe besonders betont.

Den Werth der histologischen Veränderungen der Haut hat Bäumler[2]) ernstlich gewürdigt, indem er die pathologischen Befunde zur Grundlage seines Systems macht, wobei er das Verhalten der Exsudatzellen in einzelnen Cutisbestandtheilen besonders berücksichtigt.

In seiner Arbeit „Ueber die Zelleninfiltration der Lederhaut bei Lupus, Syphilis und Scrophulose" hat H. Auspitz[3]) die Sclerose, das breite Condylom, das Knotensyphilid und den Lupus syphiliticus, weiters das syphilitische Geschwür und das pustulöse Syphilid mikroskopisch bearbeitet, und ist zum Schlusse gelangt, dass der histologische Befund sämmtlicher Formen von Hautsyphilis mit jenem des Lupus völlig übereinstimmt. In gleicher Weise hat Kaposi[4]) die Syphilide der Haut eingehend untersucht; in

[1]) Archiv XV. B.

[2]) Ziemssen, Handbuch der Infectionskrankheiten p. 128.

[3]) Wiener med. Jahrbücher 1864.

[4]) Wiener med. Wochenschrift 1870 — Wiener med. Presse 1868 und

meinem Lehrbuche der Hautkrankheiten 1.—5. Auflage, habe auch ich den anatomischen Befunden der Hautsyphilide in kurzen Zügen Rechnung getragen.

Uebergehend auf die eigene Untersuchung will ich mit der häufigsten Form, mit der

a) Macula syphilitica

beginnen. Am ausführlichsten findet sich diese bei Biesiadecki [1]) studirt. Derselbe fand die Wandung der Capillargefässe mit zahlreichen, nach innen und aussen prominirenden Kernen versehen; weiters farblosen Blutkörperchen ähnliche Zellen, welche in einem lichten, nach aussen von deutlichen Contouren begrenzten Raume rings um das Gefäss liegen; auch die Adventitia der grösseren Gefässe der Cutis zeigt runde oder spindelförmige Zellen eingeschlossen, gleichwie die Capillarschlingen in den Papillen erweitert sind.

M. Kaposi [2]) schliesst sich Biesiadecki's Ansichten an, fand überdies im Papillarkörper Wanderzellen gleichwie Elementargebilde, welche als proliferirende Bindegewebskörperchen angesehen werden müssen.

Soweit all diese Befunde für die Gefässe des Papillarkörpers Geltung haben, kann ich selbe nur bestätigen; allein sie sind nicht allseitig erschöpfend, da ausser den oberen Capillargefässbezirken auch die der Follikel gleichwie die tieferen Gefässlagen, der panniculus adiposus und die Hautmuskeln ergriffen sind. Auch auf die Form der Exsudatzellen ist bei der bisherigen Untersuchung zu wenig Rücksicht genommen worden.

Gehen wir zunächst zu den Veränderungen am Haarbalg über (Taf. X. Fig. 1 *a*), so findet man in recenten Fällen diesen seiner ganzen Ausdehnung nach von rundlichen, in älteren Fällen von spindelförmigen Zellen infiltrirt, welche denselben stellenweise vollständig einhüllen. In gleicher Weise erscheinen die Talgdrüsen *b*) verändert, ebenso die Schweissdrüsen *c*), bei denen vorwiegend

Archiv für Dermatol. u. Syphilis. — Die Syphilis der Haut und der angrenzenden Schleimhäute. Braumüller 1873.

[1]) Beitrag zur physiologischen u. pathologischen Anatomie der Haut. Sitzungsber. der k. Akad. d. Wissensch. 1867 II. Abth. Juniheft.

[2]) l. c.

die Ausführungsgänge ($c_{,}$) betheiligt sind, jedoch sind auch an den Knäueln Wucherungen zu finden, ebenso um die Fettläppchen *d*).

An einzelnen Präparaten konnte ich auch jene kolbenförmige Ausbuchtungen des Haarbalges finden, wie ich sie schon anderorts bei Lichen ruber[1]) und Prurigo beschrieben habe.

Neben den erwähnten Veränderungen am Haarbalg begegnet man beim Erythema syphiliticum papulatum auch Exsudatzellen im Arrector pili, und ist der Haarbalg bei dieser Form mit verhornten Zellen erfüllt.

Die Exsudatzellen in den oberen Partien enthalten stellenweise, zumal nach mehrwöchentlichem Bestande des Exanthems körniges Pigment.

Diese Veränderungen an den Talg- und Schweissdrüsen müssen die Function derselben wesentlich beeinflussen, und machen es auch anatomisch plausibel, dass bei dem maculösen Syphilid auch Seborrhöe mit effluvium capillitii, profuse Talgsecretion am Kinn und den Nasenwinkeln auftritt, indem die Drüse in Folge der Vorgänge in ihrer Wandung zu gesteigerter Function angeregt und die Fortschaffung des Secrets nach aussen erschwert wird.

Es hat sogar den Anschein, als könnte die Follikelwandung dauernd alterirt bleiben, da einzelne Haarbälge mit spindelförmigen Zellen infiltrirt, deren Ausführungsgänge verstopft und geschlossen und cystenartig erweitert waren.

Der Befund von pigmentirten Exsudatzellen erklärt auch die Farbe syphilitischer Flecke, welche in dem Masse bräunlich tingirt hervortritt, als die Injectionsröthe schwindet; immerhin findet sich bei dieser Syphilisform das Pigment fast ausschliesslich in den Exsudatzellen, fast nie in den Bindegewebskörperchen.

Der Papillarkörper zeigt nach kurzem Bestande der macula syphilitica geschrumpfte, feinkörnige Fasern, während der tiefere Abschnitt des Cutisgewebes stets seine normale Structur bewahrt. Ohne Zweifel wird im Papillarkörper ein moleculärer Zerfall eingeleitet, welcher der Resorption des Exsudates vorangeht.

b) Papulae syphiliticae disseminatae.

Unter dieser Bezeichnung ist schon im klinischen Sinne eine ganze Reihe an Grösse, Farbe und Anordnung differenter, somit

[1]) S. Sitzungsber. der k. Akad. der Wissenschaften. 1861.

polymorpher Efflorescenzen zusammengefasst, welchen entsprechend sich auch die anatomischen Veränderungen auffallend different gestalten müssen.

Es ergeben sich somit bei dem lenticulären, dem kleinpapulösen, miliären Syphilid, der nässenden Papel nicht die gleichen Befunde, und diese variiren überdies in den verschiedenen Stadien ihrer Entwicklung und Rückbildung.

Uebergehend auf die Angaben anderer Autoren, nimmt H. Zeissl[1]) bei der miliären Form der syphilitischen Papel eine perifolliculäre Erkrankung an; er schliesst dies allerdings nur durch Deduction der rein klinischen Beobachtung, die lenticuläre Papel würde sich nur an solchen Stellen entwickeln, an denen grosse Talgdrüsen vorkommen: die Farbe der Papel wäre durch Teleangiectasie und transsudirten Blutfarbstoff bedingt.

Nach Kaposi[2]) ist die Schleimschicht über der Mitte der Papel verschmächtigt, an anderen Stellen scheint sich das kleinzellige Maschennetz in die Contouren des Rete fortzusetzen. Die Zellen des Rete sind geriffelt, vacuolenhältig, die Papillen nur angedeutet. Die Papillarschicht des Corium und dieses selbst wird von einem maschigen Netzwerk durchsetzt, in dessen Räumen rundliche Formelemente liegen, welche durch einen oder mehrere Fortsätze mit den zarten Balken des Netzes zusammenhängen. Die Wandungen der Blutgefässe sind mit glänzenden, rundlichen Körnern versehen. Die Follikel bewahren ihre normale Beschaffenheit. Das Infiltrat, das die Papel bildet, ist seitlich und auch in Bezug auf die Tiefe scharf begrenzt. In dem Netzwerke der Papillen finden sich eigenthümliche Formelemente, welche die normalen um das 2—3fache übertreffen, deren Kerne biscuitförmig eingeschnürt erscheinen oder fast vollständig in zwei Theile getrennt sind. An anderen Stellen finden sich grössere Maschenräume, welche aus 6—8 Zellkernen und rundlichen stark glänzenden Körperchen bestehende Häufchen umschliessen.

Dieser Befund entspricht offenbar dem alten Zelltheilungsschema von Remak, welches aber heute als den thatsächlichen Verhältnissen nicht ganz entsprechend, zum Theile allgemein verlassen ist; es hat sich vielmehr die Lehre von der karyokinetischen

[1]) Lehrb. d. Syphil. II. Aufl.

[2]) Die Syphilis der Haut. Braumüller 1873.



Zelltheilung, wie sie durch die Arbeiten von **Kollmann**[1]), **Pfitzner**[2]), **Flemming**[3]) begründet wurde, allgemeine Anerkennung verschafft.

H. **Auspitz** (l. c.) fand diese Zellinfiltrate im Corium und Papillarkörper. Ueber diese hinaus gibt es keine neue, der Syphilis angehörige Neubildung von Formelementen.

Nach **Cornil**[4]) ist die Epidermis erhöht, bald normal, bald verdickt, theils in Abschuppung begriffen, theils proliferirend. Die Gefässe der Papillen, der Cutis und der Schweissdrüsen strotzen von Blut, in dem Bindegewebe ihrer Umgebung findet ein Erguss von Lymphzellen statt. Die Pigmentirung rührt von rothen Blutkörperchen her, die zugleich mit weissen ausgetreten sind. Das Pigment wird an die Oberfläche der Haut gebracht und eliminirt; die Papillen sind hypertrophisch durch Bindegewebszellen auseinandergedrängt; das Fettgewebe ist infiltrirt. Die Suffusion der Epidermis ist eine Manifestation der durch die Syphilis bedingten Alteration des Blutes und auch die Ursache der Färbung der Papeln.

Nach **de Luca**[5]) ist die Papel an die Gefässe der Haut gebunden. In 10 Fällen von Lichen syphiliticus, die er untersuchte, habe er keine Riesenzellen gefunden. In Folge der durch Arteriitis obliterans bedingten Verengerung der Gefässlumina werden die Ernährungsverhältnisse der syphilitischen Neubildung ungünstig beeinflusst, und geht letztere eine feinkörnige Metamorphose ein, welche Produkte liefert, die denen beim käsigen Zerfalle sehr ähnlich sind. Durch eine Art Alveolenbildung, durch Resorption und Neubildung entstehen in den käsigen Massen Lücken, welche im Zerfalle begriffene Kerne enthalten, und das Vorhandensein von Riesenzellen vortäuschen können.

Die Riesenzellen der syphilitischen Papel unterscheiden sich von denen des Tuberkels durch die unregelmässige Vertheilung ihrer Kerne, welche sich vorzugsweise an der Peripherie der Knoten vorfinden.

---

[1]) Ueber thierisches Protoplasma. Biolog. Centralbl. Bd. II. Nr. 3 u. 4.

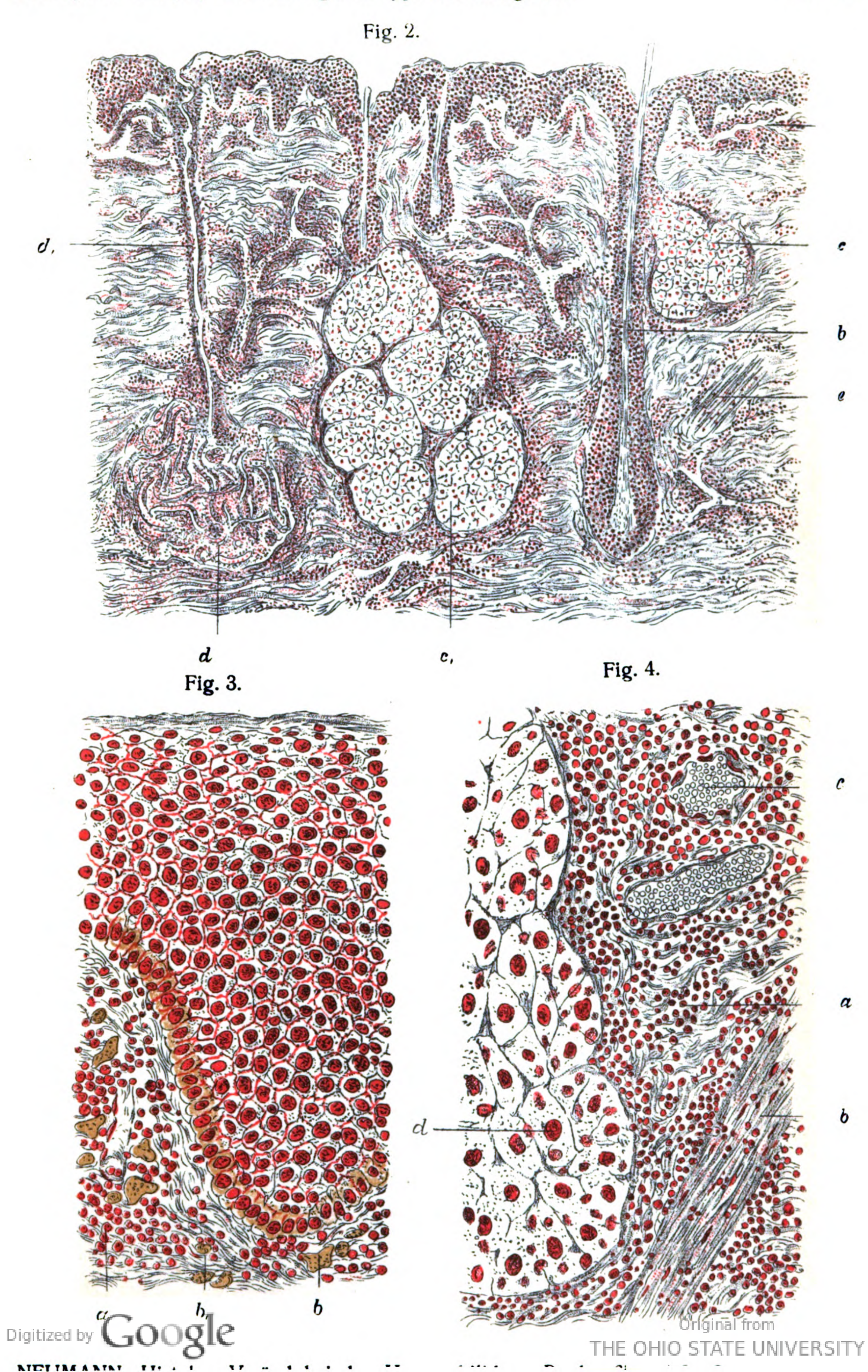
[2]) Ueber weiteres Vorkommen der Karyokinese. Arch. für mikroskop. Anatomie 1881.

[3]) Ueber Zellsubstanz, Keim und Zelltheilung 1882 u. a. a. O.

[4]) Sur l'anatomie de papules cutanées syphilitiques, Gazett. méd. de Paris Nr. 41, 1878.

[5]) Lo sperimentale. 1878.




Fig. 2.
d,
c
b
e
d
c,
Fig. 3.
Fig. 4.
c
a
b
d
a
b,
b

Uebergehend auf die Ergebnisse meiner Untersuchungen sei in allgemeinen Umrissen Folgendes über die Papel vorausgeschickt: dieselbe beruht, wie dies auch andere Beobachter betonen, auf Zellenwucherung; der Ausgangspunkt der Rundzellen, ihre Form und Vertheilung, ihre Metamorphose sind bisher nicht genügend gewürdigt worden. Nicht die Blutgefässe der vergrösserten Papillen und der oberen Cutislage allein sind es, von welchen bei der recenten lenticulären Papel die Wucherung ausgeht, auch die tiefer liegenden Gefässe, Arterien sowohl als Venen, namentlich die Follikel der Haut, die Schweissdrüsen (Taf. XI. Fig. 2 *dd,*), die Haarbälge (*b*) und Talgdrüsen (*cc,*) erkranken in ganz intensiver Weise allerdings zunächst in ihrem Blutgefässapparat und erst secundär in ihrer Wandung.

Auch die Bindegewebszellen im subcutanen Fettgewebe sind mit in den Process einbezogen. Nach kurzem Bestand der Papel wird die Grenze zwischen Cutis und Rete aufgehoben und gehen die Rundzellen unmittelbar in letzteres über. In älteren Papeln sind die Exsudatzellen verschieden gestaltet; dieselben sind theils abgerundet, theils mehr spindelförmig; die Pigmentirungen, die körnige Metamorphose der Cutisfasern, endlich die Riesenzellenanhäufungen (Taf. XII. Fig. 10 *d*) treten deutlicher hervor.

Pigment findet man in den Exsudatzellen der Papillen (Taf. XI. Fig. 3 *b,*) in verschiedener Farbe, ebenso an den Gefässwandungen, weniger um die Drüsen, fast nie in den tieferen Cutislagen und dem panniculus, nicht selten in verzweigten Bindegewebszellen (Taf. XI. Fig. 3 *b*) älterer Papeln. Das Stroma des Papillarkörpers, theilweise auch das Stratum vasculare, ist in weiter vorgeschrittenen Papeln nicht selten körnig getrübt (Taf. XII. Fig. 10 *a*), demnach in seiner Structur wesentlich verändert. Die Gefässlumina, welche durch Endothelwucherung (Taf. XII. Fig. 5 *gg,*) stellenweise verengt sind, treten im Stadium der Rückbildung der Efflorescenz wieder als weite Kanäle hervor, an der Adventitia sind sodann die Zellen mehr spindelförmig, ebenso an den Haarbälgen und Talgdrüsen, welche durch verhornte Zellen verstopft, cystenförmig erweitert und mit Epidermis, Smegma und zerfallenen Exsudatzellen erfüllt erscheinen.

Je grösser und älter die Papel, desto mehr schwindet die Grenze zwischen Cutis und Rete Malpighii (*k*) durch Wucherungen, die in das letztere eindringen; die Stachelzellen werden auseinander



gedrängt und schliesslich erscheinen die Wucherungen so dicht, dass die Retezellen durch dieselben ganz substituirt werden, und die Rundzellen nach aussen nur noch durch verhornte Zellen begrenzt werden. Sind einmal auch diese abgestossen, und die Exsudatzellen den Einflüssen der atmosphärischen Luft ausgesetzt, so verdunstet die Intercellularflüssigkeit, die Exsudatzellen, welche das normale Gewebe ganz verdrängt haben, vertrocknen, es bildet sich eine dünne, fest adhärirende Kruste (**Rupia**), nach deren Entfernung ein centraler, seichter Substanzverlust erscheint, der von einem gerötheten infiltrirten Rande begrenzt wird, und die ganze Efflorescenz mit einer centralen, dünnen, narbigen Einziehung allmählich zur Heilung gelangt.

c) Papulae syphiliticae orbiculares (Taf. XIII Fig. 6).

Anders gestalten sich die Verhältnisse bei den gewöhnlich in Gruppen von Kreisen oder Kreissegmenten angeordneten miliären Papeln (Herpes syphiliticus, circinnatus).

Diese zumeist am Nacken, Rücken, Stirn und Kinn, aber auch am Scrotum in Gruppen, von Kreisen und Kreissegmenten angeordneten Efflorescenzen erscheinen gewöhnlich erst im fünften bis sechsten Monate der Infection oder auch später, schuppen ab, hinterlassen centrales Pigment in narbigen Vertiefungen; nehmen ihren Ausgangspunkt stets von den Haarbälgen und Talgdrüsen, was schon makroskopisch erkennbar ist, und sind von einem Haare durchbohrt.

Die anatomischen Verhältnisse sind hier folgende:

Die faserige Structur des Papillarkörpers ist geschwunden, derselbe erscheint getrübt, an der Gefässwandung und in der Cutis selbst sind pigmentirte Exsudatzellen, die Haarbälge (Taf. XIII Fig. 6), Talg- und Schweissdrüsen, (*d d,*) von wuchernden Granulationszellen (*h*) infiltrirt. Stellenweise ist der Haarbalg theils cystenartig erweitert, dessen Mündung durch Inhaltszellen und verhornte Zellen verstopft, stellenweise auch mit kolbenförmigen Ausbuchtungen (*c c,*) versehen.

Auch die Talgdrüsen sind cystenartig erweitert, in der Cutis finden sich pigmentirte Exsudatzellen, der Arrector pili (*ff,*) ist infiltrirt, das Endothel der Gefässe wuchert (*g g, g,,*).



d) Tubercula cutanea (Taf. XIV Fig. 7).

Dieselben kommen, in Form von umschriebenen, anfangs blassrothen, später dunkelbraunen, halbkugeligen Neubildungen zerstreuet an der Haut vor, entwickeln sich in der Cutis selbst, sind oft als derbe Knoten tastbar, während die sie bedeckende Hautpartie keine oder nur eine geringe Farbenveränderung aufweist. Je weiter sie gegen die Oberfläche dringen, desto mehr tritt anfangs blasse, später tiefdunkle Röthung hervor. Im Centrum des Knotens kommt es bei chronischem Verlaufe zur Abschuppung, bei acutem zum Zerfall, zur Nekrobiose, wobei das Exsudat zur Kruste vertrocknet, die durch infiltrirte, geröthete Ränder begrenzt ist. Bei der malignen Syphilis, Syphilis galoppante, wird die Epidermis in Blasenform abgehoben, während in der Tiefe die Zerstörung rasch um sich greift.

Die hieher gehörigen untersuchten Fälle waren theils lenticuläre, theils tuberculöse Efflorescenzen, die durch Resorption heilten, mehr erbsen- bis haselnussgrosse, im Centrum zerfallene Knoten. Die anatomische Untersuchung zeigte folgenden Befund:

α) Tuberculöses zerfallendes Syphilid nach dreimonatlichem Bestande (Taf. XIV u. XV Fig. 7 u. 8).

Pigmentirte und pigmentfreie Exsudatzellen in den Papillen und oberen Cutislagen (*m*) die Papillen vergrössert, die Begrenzung der Haarbälge (*g*), Talgdrüsen (*h*), Schweissdrüsen (*i*) letztere sammt ihren Ausführungsgängen infiltrirt (*i,*), das Rete stellenweise durch wuchernde Exsudatzellen (*k*) ganz verdrängt (*b,*), welche bis dicht zur prallgespannten Hornschicht (*aa,*) dringen, und, wo diese abgestossen, liegen die moleculär getrübten Exsudatzellen (*aa,*) und das zerfallene Rete (*bb,*) frei zu Tage. Die Blutgefässschlingen (*d*) sind erweitert; stellenweise sind die Follikel von Exsudatzellen ganz eingehüllt, bei den Talgdrüsen reicht die Infiltration auch zwischen die einzelnen Acini; auch der Arrector pili und die tieferen Gefässlagen sind von Infiltraten durchsetzt; an der Papillarschicht zahlreiche Riesenzellen (*cc,*), die unteren Züge der Cutis (*l*) verdichtet, jedoch ohne Infiltrate.

Eine andere Form cutaner Knoten, die man als (β) Gummata cutanea bezeichnet, erscheint erst in einer späteren Phase der Syphilis, selten vor dem zweiten Jahre nach erfolgter Infection, oft aber nach Decennien, ist in der Regel in Gruppen gruppirt.



Diese Knoten werden entweder mit Hinterlassung dunkelpigmentirter Flecke resorbirt oder zerfallen zu umschriebenen Geschwüren. Der histologische Befund bietet, je nachdem die Knoten noch derb oder schon dem Zerfalle nahe sind, einzelne Abweichungen von den recenten Knoten dar. (S. Taf. XII. Fig. 10.)

(Taf. XII. Fig. 5.) Die Cutis (*a*) getrübt, die Blutgefässe (*b*) von Wucherungen umgeben; Ausführungsgang der Schweissdrüse *c* umwuchert; zahlreiche Riesenzellen *d* und pigmentirte Bindegewebskörperchen *e*. Die Retezellen zerfallen, an der Gefässwandung sitzen fast ausschliesslich an den tieferen Partien der Cutis dichtgedrängte, meist spindelförmige Wucherungen (*gg,*), der Papillarkörper gleichwie die tieferen Cutislagen, körnig getrübt, Exsudatzellen geschrumpft und pigmentirt *cc,*; Wucherung der Fettzellen, dabei das Fett geschwunden, Arrector pili infiltrirt.

In einem anderen Falle (*γ*) von zerfallenden Knoten war die Hornschicht stellenweise noch normal erhalten, stellenweise körnig getrübt (Taf. XVI Fig. 9*a*), entsprechend der gekörnten Schicht des Rete finden sich Räume, welche von spindelförmig ausgezogenen Retezellen (*bb,*) begrenzt und mit Exsudat und Eiterzellen erfüllt waren (*cc,*). Die in der Tiefe wuchernden zapfenförmigen Retezellen sind länglich ausgezogen, die Papillen vergrössert, mit spindelförmig verlängerten Exsudatzellen infiltrirt und zwischen diesen liegen abgerundete, das Licht brechende, pigmentirte Körner eingelagert; letztere finden sich zerstreuet auch im Rete. Die Blutgefässe sind erweitert, ihre Wandung von Wucherungen umgeben; im Cutisgewebe selbst Exsudatzellen, von denen einzelne pigmentirt sind.

Der Haarbalg (*d*) ist in seiner Wandung mit Zellen infiltrirt, ebenso die Talg- (*d*) und Schweissdrüsen (*f*); in gleicher Weise der Ausführungsgang (*f,*) in seiner Wandung verdickt, die Mündung des Haarbalges mit moleculären Detritusmassen verlegt, der Arrector pilii infiltrirt, ebenso das aufsteigende Gefäss *e* und das Papillargefäss (*i*).

Die Gefässschlinge in der Papille (*g, g,*) und das horizontal verlaufende Gefäss zeigen (*g,,*) in ihren Wandungen eine einfache Lage von spindelförmigen Zellen (*h h,*), sind in ihrer Wandung verdünnt, bieten hochgradige Endothelwucherungen dar (*i*); auch im panniculus adiposus sind Exsudatzellen-Wucherungen (*k*).

Bei stärkerer Vergrösserung (Oel-Immersion) sieht man,



dass die Trübung in der Cutis durch geschrumpfte Fasern bedingt ist; doch lässt sich die Structur derselben noch deutlich verfolgen, und eingelagert finden sich kleinere Körnchen.

Riesenzellen (Taf. XII Fig. 10*d*) finden sich nur in den oberen Lagen des Cutisgewebes, niemals in den unteren, auch nicht im subcutanen Bindegewebe; ebenso sind die Follikel und ihre Begrenzung frei von Riesenzellen. Dagegen sind es die Papillen und jene Partie des Cutisgewebes, in welcher das horizontale Gefäss verläuft, wo dieselben theils einzeln, theils in Gruppen vorkommen, demnach in jenen Partien der Cutis, in denen sich bei Syphilis die Infiltrate am dichtesten zeigen.

e) Acne syphilitica (Taf. XVII Fig. 11).

Die Acne syphilitica gleicht im Grossen und Ganzen der Acne vulgaris, unterscheidet sich jedoch von derselben durch kupfer- bis braunrothe Farbe und durch scharfe Begrenzung. Die Efflorescenzen der syphilitischen Acne stehen in Gruppen von Kreisen und Kreissegmenten, erscheinen vorwiegend im Gesicht, an der behaarten Kopfhaut, ferner am Rücken und den Vorderflächen der Extremitäten. Häufig involviren sich die Efflorescenzen; der Eiter trocknet zur Kruste ein, nach deren Entfernung eine Vertiefung mit infiltrirtem Grund erscheint. Schwindet dann weiterhin noch das Infiltrat, so bleibt eine braune Pigmentirung mit centraler Narbe zurück.

Es finden sich bei der Acne syphilitica im Allgemeinen die gleichen anatomischen Veränderungen wie bei den papulösen Syphiliden; nur zeigt sich hier an der Mündung der Haarbälge und der Talgdrüsen ein Eiterpunkt.

In den untersuchten Fällen von Acne syphilitica war die Grenze zwischen Rete und Cutis durch Exsudatzellen (*e*), welche bis zur Hornschicht reichten, und die theilweise pigmentirt waren, verschwommen, Riesenzellen (*a*) mit Fortsätzen (*a,*) im Papillarkörper, Haarbalg (*bb,*) mit kolbenförmigen Ausbuchtungen, auch Wucherungen (*c*) im Haarbalg selbst, in der Schweissdrüse (*h*) und deren Ausführungsgang (*i*) und Wucherung an der Venenwandung. Trübung des Cutisgewebes, beträchtlich verdickte infiltrirte Wandung der Gefässe (*gg,*). Pigmentirte Zellen (*k*) am Gefäss.



In einzelnen Präparaten waren die Zellen der Haarscheide (*d*) durch dichte Exsudatzellen (*f*) plattgedrückt, der Schweissdrüsengang verengt von spindelförmigen jungen Zellen. Verdickung der Wandung der Talgdrüse (*l* und *l*,), und Wucherungen an derselben beträchtlich (*m*), auch Fettgewebe wuchernd (*n*).

f) Lichen syphiliticus (Taf. XVIII, XIX Fig. 12, 13, 14).

Der Lichen syphiliticus (kleinpapulöse Syphilid) erscheint in Form von meist hirsekorngrossen, braunroth gefärbten, an der Spitze mit dünner Schuppe oder Borke bedeckten, selten einzeln, zumeist in Gruppen und Kreisen und Scheiben angeordneten Efflorescenzen an verschiedenen Stellen der Haut, vornehmlich jedoch an der Stirn, im Nacken, am Rücken, auf der Brust, in den Ellenbogenbeugen, in der Kniekehle, auf dem Kopfe.

Die Efflorescenzen werden im Centrum von einem Haare durchbohrt. Nach dem Abfallen der Schuppe oder Kruste bleibt eine centrale Einsenkung zurück, welche von einem braunrothen infiltrirten Rande umgeben ist.

Das kleinpapulöse Syphilid tritt nach mehrmonatlichem Bestande der Syphilis auf, selten erst nach einem bis zwei Jahren, und kommt entweder allein oder combinirt mit Efflorescenzen von Acne syphilitica vor.

Die anatomischen Befunde bei Lichen syphiliticus werden verschieden angegeben.

Griffini [1]) fand beim kleinpapulösen Syphilid dicht unter dem Papillarkörper Riesenzellen mit zahlreichen peripher gelagerten Kernen und mehr oder weniger reichlichen Fortsätzen, die manchmal kernhältig und verästigt erscheinen. Die Riesenzellen waren von Zellen mit lymphoidem oder epitheloidem Charakter umgeben. Die Cutisfasern scheinen ein Reticulum zu bilden, welches das Gerüst des Knötchens bildet. In der Umgebung ist das Gewebe dicht von Wanderzellen infiltrirt.

Eigene Untersuchungen ergeben bei dieser Form, dass der Haarbalg (*d*) und die Talgdrüse (*f*) ganz scharf umschrieben von Rundzellen (*e*) eingeschlossen sind; weiters zeigt der Haarbalg ähnliche kolbenförmige Ausbuchtungen, wie ich sie schon

[1]) Centralblatt f. d. med. Wissenschaft. 1875. Ref. von Boll.



oben beschrieben habe; auch der Arrector pili (*k*) ist infiltrirt; die Gefässe (*g*) von Exsudatzellen umhüllt. Zwischen den Windungen der Schweissdrüsengänge (*h*), im Fettgewebe Rundzellen (*i*), in der oberflächlichen Cutisschicht Riesenzellen (*l*).

Nach den obigen Befunden ist der Name „Lichen" für dieses Syphilid ganz bezeichnend, da dieselben Veränderungen sich auch bei anderen, gerade nicht durch Syphilis bedingten Efflorescenzen, die man mit „Lichen" bezeichnet, vorfinden.

Aehnliche Vorgänge, wie an den Haar-Follikeln, finden auch an den Talgdrüsen und theilweise auch an den Schweissdrüsen statt.

Wenn an der Mündung des Follikels und in deren Begrenzung die Exsudatzellen durch Nekrobiose zu Grunde gehen, sich verflüssigen, aber doch noch von Epidermis gedeckt sind, so entsteht ein miliares Bläschen oder Pustelchen, dessen Inhalt bald vertrocknet und zur Kruste wird. Diese fällt ab und es bleibt eine Einsenkung an der Mündung des Haarbalges zurück.

Riesenzellen (Taf. X Fig. 1, T. XVIII, XIX Fig. 12, 13, 14).

Der Befund von Riesenzellen bei der recenten Form von tuberculöser oder pustulöser Syphilis und bei der miliären Papel verdient eine nähere Erörterung.

Riesenzellen bei Syphilis sind schon von anderen Autoren gefunden worden. Zur Zeit, in der man das Vorkommen von Riesenzellen nur der Tuberculose vindicirte, wurde diesem Vorkommen eine besondere Wichtigkeit zuerkannt. Heutzutage haben diese Zellen von ihrer Bedeutung verloren, da es wenig pathologisch-anatomische Veränderungen gibt, bei denen sie fehlen.

Bizzozero wies dieselben in einem syphilitischen Fussgeschwür, Köster bei Syphilis der Nase, einem Geschwür des Penis und bei Syphilis des Darmkanales nach; Griffini bei Papeln; Heubner bei luetischer Erkrankung der Gehirnarterien; Brawiez, Brodowski[1]) in Fällen von syphilitischen Erkrankungen der Bronchien und des Herzens; Baumgarten[2]) in gummösen Knoten der Leber, des Hodens, der dura mater und in syphili-

[1]) Centralbl. med. 1877.

[2]) Centralblatt für med. Wissenschaft. 1877.

tischen Geschwüren der Tibia; Unna [1]) in einem Gumma der Haut, der Leber, in einer Induration aus zurückgebliebenen, meist adventitiellen syphilomatösen Infiltraten, auch beobachtete Unna echte miliäre Gummata, welche in verdichtetem Bindegewebe eingebettet waren und central verkästen.

Baumgarten hat sich über den Zusammenhang von Syphilis und Tuberculose, insoweit bei ersterer Riesenzellen sich vorfinden, folgendermassen ausgesprochen: „Ich habe eine Zeit lang dem Gedanken Raum gegeben, dass die käsigen Gummageschwülste, die keineswegs bei allen syphilitischen Individuen auftreten, ihrer Natur nach Tuberkel seien, Tuberkel, zu deren Entstehung die Syphilis insoferne Veranlassung gegeben hat, als sie eine Gewebsreizung erregte und unterhielt, unter deren Einfluss die in dem Parenchym von Alters her ansässigen oder neuerdings in dasselbe eingeschleppten Tuberkelbacillen in besonders günstige Entwicklungsbedingungen geriethen, und die als Gumma bezeichnete Geschwulst erzeugten.“

In einer späteren Publication erklärt Baumgarten [2]) die Riesenzellen enthaltenden Gummata für Mischformen von Syphilis und Tuberkel.

„Es scheint fraglich, ob ausser der Tuberculose noch ein anderer specifisch von ihr verschiedener, spontan am menschlichen Körper sich entwickelnder Krankheitsprocess die Bedingungen in sich enthält, Langhans' Riesenzellen ins Leben zu rufen.

Bei den Trägern der mit Riesenzellen versehenen gummösen Produkte lassen sich fast stets anderweitige unzweifelhafte Zeichen bestehender oder überstandener tuberculöser Infection nachweisen.

Die Gummata solcher syphilitischer Individuen, die nachgewiesenermassen sicher frei von jeder Tuberkelbildung sind, werden stets auch frei von Langhans'schen Riesenzellen gefunden.

Die specifischen Initialprodukte der Syphilis, die harten Schanker, welche, weil sie der unmittelbaren Wirkung des syphilitischen Virus ihren Ursprung verdanken, als die massgebenden Urformen specifisch syphilitischer Gewebserkrankungen angesehen werden müssen, lassen stets die Anwesenheit Langhans'scher

[1]) Diese Vierteljahrschr. 1878.

[2]) Virchow's Arch. 1. Heft, 97. Bd.



Riesenzellen vermissen, stimmen dagegen in Structur vollständig mit den zweifellos reinen Gummositäten der Haut, des Periostes und der inneren Organe überein, wie dies Virchow immer schon gelehrt hat."

Es würde, wenn diese Anschauung richtig wäre, nach Baumgarten der Befund von Riesenzellen in syphilitischen Produkten in zweifacher Weise aufgefasst werden können. Entweder müsste der Boden, auf dem sich die syphilitischen Efflorescenzen vorfinden, ein tuberculöser sein, oder es tritt in einer syphilitischen Neubildung Tuberculose auf.

Wäre ersteres der Fall, so würden vom klinischen Standpunkte aus Riesenzellen in syphilitischen Efflorescenzen nur bei tuberculösen Individuen zu finden sein. Darauf hin vorgenommene genaue Untersuchungen haben diese Ansicht nicht bestätigt. Denn es waren miliäre, pustulöse Efflorescenzen, tuberculöse Formen und subcutane Gummata, in welchen sie gefunden wurden, ohne dass bei solchen Individuen Tuberculose in den Lungen oder anderen Organen nachzuweisen war.

Diese Riesenzellen kommen bei Syphilis in Form von meist rundlichen, aus homogenem Protoplasma bestehenden Zellen vor, deren Kerne meist peripher so gestellt sind, dass sie mit ihrer Längsachse gegen das Centrum der Zelle convergiren. Das Gewebe um dieselben ist zumeist verdichtet. Nicht selten sieht man zwischen demselben und dem Zellencontour einen freien Raum, der offenbar dadurch entstanden ist, dass bei der Härtung in Alkohol der feuchte Zellleib Wasser verlor und schrumpfte, auch die zackigen Fortsätze, welche diesen Raum überbrücken, dürften auf dieselbe Ursache zurückzuführen sein.

Pigmentirung der Haut bei Syphilis (Taf. XX Fig. 15, 16).

Ehe wir auf die Schilderung der Pigmentveränderungen bei Syphilis übergehen, mögen einige Worte über die Bildung pathologischer Pigmentirungen überhaupt und deren Sitz in der Haut vorangeschickt werden.

Langhans [1]) lässt das Pigment aus geschrumpften Blutkörperchen hervorgehen, welche von Zellen aufgenommen werden und sich in diesen in rothbraune, rundliche oder rundlicheckige

[1]) Virchow. Arch. 49.



Körperchen umwandeln (intracelluläre Pigmentbildung). Diese Körperchen werden wieder als Schollen frei, zerfallen dann in kleine Partikelchen, die sich in der Gewebsflüssigkeit auflösen, das Gewebe imbibiren, wodurch letzteres diffus gelblich erscheint.

Nach Cordua[1]) geht die Pigmentbildung theils frei, theils in Zellen vor sich.

Nach Virchow[2]) imbibirt der Blutfarbstoff das Gewebe primär und würde sich derselbe theils ausserhalb der Zellen als Hämatoidinkrystalle, theils innerhalb der Zellen als Pigmentkörner niederschlagen.

Diese Ansicht wird durch klinische Beobachtungen gestützt, indem in einzelnen Krankheiten, die mit hochgradiger Blutstauung in den Capillaren einhergehen, oder in denen die Blutkörperchen durch den Krankheitsprocess mehr zum Zerfalle neigen, z. B. bei der Purpura variolosa, die Blutkörperchen schon innerhalb der Gefässschlingen weiss und pigmentlos sind, während die die Papillen umsäumenden Retezellen ganz dunkel gefärbt erscheinen, ohne dass körniges Pigment in letzteren enthalten wäre. In derartigen Fällen dürfte in Folge der hochgradigen Stauung Austritt von aufgelöstem Blutfarbstoff stattgefunden haben, wodurch die Ansicht Virchow's auch durch die klinische Beobachtung bestätigt wird. Dies habe ich namentlich in einem Falle von Purpura variolosa, die ein ichthyotisches Individuum betraf, beobachten können.

H. Quincke[3]) hat Blut unter die Haut eines Hundes injicirt und gefunden, dass hierbei die Bindegewebsbündel theils diffus gefärbt, theils auch von Hämatoidinkrystallen durchsetzt waren, während innerhalb der Zellen der Farbstoff immer nur als körniges Pigment erschien.

Ehrmann[4]) findet auf Grund vergleichend anatomischer Untersuchungen, dass der Farbstoff aus dem Blute gebildet und durch intracelluläre Ströme in die Epidermis geschafft wird. In einer interessanten Arbeit[5]) spricht H. Nothnagel die Ansicht

---

[1]) Ueber den Resorptionsmechanismus bei Blutergüssen, Berlin 1877.

[2]) Arch. I. und Cellularpathologie.

[3]) Beiträge zur Lehre des Icterus. Virch. Arch. 1884.

[4]) Wiener allgem. medicinische Zeitung. 1884.

[5]) Zur Pathologie des M. Addison. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 9 H. 3 u. 4.

aus, dass hiebei das Pigment von pigmentführenden Coriumzellen aus dem Blute unter dem Einflusse des Nervensystems ins Rete gelange.

Die in Folge syphilitischer Erkrankungen der Haut hervorgerufenen Pigmentirungen finden sich, wie später des Näheren auseinandergesetzt werden soll, in Exsudat- und Bindegewebszellen, weiters frei im nekrobiotischen Gewebe des Rete und in pigmentbefördernden dünnen Fäden-Schläuchen. Der Verlauf der cutanen Pigmentirungen ist ein verschiedener. Dieselben bleiben entweder lange Zeit bestehen, ohne sich in ihrer Farbe wesentlich zu ändern, was besonders von solchen Pigmentirungen Geltung hat, die in der Peripherie von Narben nach geheilter ulceröser Syphilis oder pustulöser Form zurückbleiben, oder sie schwinden nach kürzerem oder längerem Bestande, wie dies vorwiegend bei Verfärbungen nach maculösen, papulösen und pustulösen Syphiliden der Fall ist.

Lange persistirendes Pigment findet sich eingeschlossen in den Bindegewebskörperchen, ephemeres dagegen in Exsudatzellen. In beiden Fällen handelt es sich um gelbliche, gelbe, braune oder auch leicht ins Orangefarbene übergehende Körnchen. Hie und da wird die ganze Substanz einer Exsudatzelle mit Ausnahme des Kernes von einem braunen Farbstoff diffus tingirt, während das Pigment in der Bindegewebszelle nur in der körnigen Form auftritt und auch stets eine dunklere Nuancirung zeigt.

Wir finden die pigmentirten Exsudatzellen besonders im Papillarkörper und in der Adventitia der Gefässe, seltener in der Wandung der Haarbälge, Talg- und Schweissdrüsen.

Bei jenen Syphiliden, in denen die Exsudatzellen auch in das Rete Malpighii hineinwuchern, wird dasselbe sich auch hier vorfinden, und wird, wenn die Zellen zerfallen, in Form von feinen Körnchen, in Schollen zwischen dem Rete und den Exsudatzellen frei zu liegen kommen.

Bei syphilitischen Vegetationen auf der Haut, z. B. breiten Condylomen, bei welchen die Grenze zwischen Rete Malpighii und Cutis durch die Zellinfiltration verwischt wird, finden sich im Rete pigmentirte Zellen vor (Ehrmann), in Form von zarten, vielfach verzweigten, mit feinkörnigem Pigment versehenen Körpern zwischen den Epidermiszellen.



Auffallend ist es, dass nach Syphilis die Pigmentirungen nur selten an den Drüsen und fast nie im subcutanen Bindegewebe beobachtet werden konnten. In der Peripherie syphilitischer Narben findet sich das Pigment mehr in körniger Form, und zwar in das bindegewebige Gerüste eingelagert.

Diese anatomischen Befunde und der weitere Verlauf der pathologischen Pigmentirung erklären es zur Genüge, warum Pigmentflecke nach recenten Syphiliden wieder schwinden, was besonders tröstlich für jene Kranken ist, welche z. B. nach einer Corona venerea sonst das ganze Leben hindurch gewissermassen das Kainszeichen an der Stirn tragen müssten. Das Pigment liegt eben in den Exsudatzellen und gelangt zugleich mit diesen schliesslich doch zur Resorption, während ein anderer im Rete liegender Theil mit den Exsudatzellen, welche der Nekrobiose anheimfallen und als Kruste abgestossen werden, mit entfernt wird.

Die Leukopathia syphilitica, welche nach vorausgegangenen syphilitischen Macula, noch häufiger syphilitischer Papel vorwiegend im Nacken, aber auch am Stamm und Extremitäten auftritt, und zumeist beim weiblichen Geschlechte erscheint, möge hier eine kurze Erörterung finden.

Die in Folge von Syphilis bedingten Hautentfärbungen sind schon früheren Autoren nicht unbekannt geblieben. So finden sich dieselben bei Pulton [1]) und Diday [2]).

Bulkley [3]) spricht von einem pseudo-pigmentirten Syphilom des Gesichtes und Halses, an denen in Folge ulceröser Syphilis weisse Flecke entstanden waren.

Tanturri [4]) erwähnt eine Pigmentsyphilis mit gelbem Grunde, welche symmetrisch an der Haut erscheint; ebenso

Pirocchi [5]).

Fournier [6]) beschreibt ein Syphilide pityriasiforme an Hals, Brust und Nacken.

---

[1]) De la Syphilis maculeuse du cou. Gazette. hebdom. 1850.

[2]) Lettre sur la Science. Gaz. hebdom. 1855.

[3]) Arch. of Dermatologie. 1878.

[4]) Il Morgagni. 1866.

[5]) Hyperchroma cutan. syph. (Giornal. ital. delle malat. vener. et della pelle 1875.)

[6]) Nach Dymnicki's Referat.

Schwimmer[1]) hebt hervor an der Syphilis pigmentosa dunkle Flecke, am Thorax, Wange und Lippengegend auftretend.

Hardy nennt die dunklen Flecke Fournier's Syphilide pigmentaire ou éphélidés.

G. H. Fox (Taylor) bringt die Flecke in keinen Zusammenhang mit Luës.

Neisser[2]) und Riehl[3]) haben jedoch das Verdienst, namentlich ersterer klinisch, letzterer mikroskopisch die Hautveränderungen eingehend bearbeitet zu haben. Neisser hatte keine Gelegenheit, derartige Flecke anatomisch zu untersuchen; nimmt an, dass ein vermehrtes Wachsthum der Epithelialzellen des Rete Malpighii stattfindet, dass diese bei ihrer Vermehrung, welche so schnell vor sich geht, dass das Pigment gleichzeitig mit den untersten Zellschichten nach aussen befördert wird, ohne dass eine Zeit lang ein Ersatz dieses Pigments aus den Blutgefässen stattfindet.

Neisser resumirt schliesslich vier Gruppen von abnormen Pigmentirungen:

1. Pigmentreste eines vorangegangenen Syphilides.

2. Abnorme Pigmentflecke (S. pigmentosa).

3. Leukoderma syphiliticum, Pigmentverlust an Stellen, an denen vorher maculöse und papulöse Syphilide sassen.

4. Durch Zerfall und consecutive Narbenbildung entstandene Pigmentverluste.

Wie ich mich überzeugen konnte, kommt das Leukoderma dadurch zu Stande, dass die die Papel oder die Macula deckende Epidermis sich abgestossen und die neugebildete Epidermis kein Pigment aufgenommen hat. Hierdurch entsteht ein umschriebener weisser Fleck, Vitiligo. In der Cutis jedoch, zumal im Papillartheile bleiben noch lange — wie Riehl genau beobachtet hat und Ehrmann für die nichtsyphilitische Vitiligo angegeben — (8 bis 18 Monate) gelbe, braunpigmentirte Zellen theils zwischen den Bindegewebszellen, theils um die Blut- und Lymphgefässe zurück.

Allmählich oft erst nach langer Zeit nimmt die untere Epidermislage Pigment auf, das anfangs normal colorirt erscheint, während

[1]) Wiener med. Blätter. 1860.

[2]) Diese Vierteljahrschrift 1883.

[3]) Wiener med. Jahrbücher 1884.



die pigmentirten Exsudat-, gleichwie die pigmenthaltigen Bindegewebszellen im Corium theilweise der Resorption anheimfallen.

Während nun die Pigmentirung nach recenten Syphilisformen wieder zur Resorption gelangen, lassen die Gummata cutanea und die in Gruppen angeordneten lenticulären Papeln an einzelnen Körperstellen, zumal in der Knie- und Ellenbeuge, Pigmentirungen zurück, welche trotz antisyphilitischer Behandlung nicht zum Schwinden gebracht werden können. Bei diesen Formen ist nämlich das Pigment nicht allein in Exsudatzellen, welche in den untersuchten Fällen meist schon der Resorption anheimgefallen waren, sondern in verzweigten Bindegewebskörperchen eingelagert.

Diese sind häufig von Pigment derart erfüllt, dass die ganze Zelle bis auf den mit Carminroth gefärbtem Kern schwarz erscheint; desgleichen zeigt sich auch das Rete Malpighii zumeist stark pigmentirt.

Die obigen Figuren weisen eine genügende Reihe von Exsudatzellen auf, in Fig. 14 und 16 findet sich das Pigment in Bindegewebskörperchen.

An den Gefässen sind stellenweise, besonders im Papillarkörper, Exsudatzellen. Sowohl in den oberen, als auch in tieferen Cutislagen körniges, rostbraunes Pigment in theils einzeln liegenden, theils zusammenhängenden Bindegewebszellen (Taf. XX Fig. 15 *d b*,) vorwiegend entsprechend dem Gefässverlaufe (Fig. 16 *a* und *c*); an der äusseren Wand vieler Blutgefässe noch dunkelbraun gefärbte Körnchen von verschiedener Grösse (*b*), wahrscheinlich zerfallene und umgewandelte Blutkörperchen; *cc*, Endothelwucherung beträchtlich.

Vergleichen wir den Verlauf jener Pigmentirungen, in denen der Farbstoff in den Exsudatzellen eingeschlossen ist, mit dem jener, in denen er die Bindegewebskörperchen erfüllt, so lässt sich der Schluss ziehen, dass nur das in Exsudatzellen eingeschlossene Pigment noch einer raschen Resorption fähig ist, während das in Bindegewebskörperchen eingelagerte Pigment als bleibendes Depositum angesehen werden muss, welches lange oder für immer persistirt.

Veränderungen der Haut nach Ablauf der klinischen Erscheinungen (Taf. XXI Fig. 17).

Eine Frage, welche die Syphilidologen seit langem beschäftigt, ist, jenen Zeitpunkt klarzustellen, in welchem das syphilitische



Contagium in das Blut übergeht und wie lange dasselbe braucht, um von hier aus seine Wirkungen auf Haut, Schleimhaut und andere Organe zu äussern. Impfungen mit Blut aus diesem Incubationsstadium, welche zu einer definitiven Entscheidung hierüber führen könnten, sind bisher nicht vorgenommen worden; dagegen hat eine solche mit dem milchig getrübten Serum einer in Folge von Sclerose entstandenen indolenten Lymphdrüse auf einem gesunden Individuum (schon vier Wochen nach stattgehabter Infection) Syphilis hervorgerufen [1]).

Aus klinischen Beobachtungen wissen wir ganz genau, dass ein Zeitraum von fünfzig bis sechzig Tagen der gewöhnliche ist, ehe sich die Wirkung auf der Haut und den Schleimhäuten geltend macht.

Wie sehr der gesammte Organismus schon in diesem Anfangsstadium durch den luetischen Process in Mitleidenschaft gezogen wird, zeigen die Allgemeinerscheinungen (Fieber, hochgradige Chlorose, rheumatische Schmerzen etc.), welche der Proruption an der Haut vorangehen.

Ausnahmsweise kann die Proruption frühzeitig erfolgen, bei Individuen, welche dem Genusse geistiger Getränke ergeben sind, unter schlechten Wohnungs- und Nahrungsverhältnissen leben, während anderseits durch intercurrirende fieberhafte Krankheiten, namentlich Erysipel, durch Präventivcuren, besonders nach Inunctionen und Jodkali, der Ausbruch protrahirt wird. Selten bleibt die Proruption ganz aus und zeigt sich nur ein Abblassen und eine universelle Drüsenschwellung.

Ein Fall dieser Art kam auf meiner Klinik zur Beobachtung. Z. Franziska, aufgenommen am 17. April mit 4wöchentlicher Erkrankung. Das kleine Labium bis auf's 5—6fache vergrössert, derb, infiltrirt, in der Mitte des freien Randes desselben eine kreuzergrosse, scharf umschriebene, derbe Erosion. Lymphdrüsen links bohnen-, rechts haselnussgross.

25. Mai. Patientin blasst ab, ohne dass sie an der äusseren Haut luetische Symptome darbieten würde. Nachdem durch vier Monate ausser universeller Drüsenschwellung keine weiteren Erscheinungen von Syphilis aufgetreten waren, wurde die Kranke entlassen.

Anatomisch jedoch liefert eine Haut, an welcher bei klinischer Untersuchung noch keine auffallende Erkrankung bemerkt

[1]) Nach Bum. Diese Vierteljahresschrift 1882. pag. 287.



wird, gar keine Veränderungen vor Ende der neunten Woche vom Zeitpunkte der Infection an gerechnet.

Anders gestalten sich die Verhältnisse in der Haut, wenn die klinischen Erscheinungen an derselben schon abgelaufen, die Roseolaflecke schon geschwunden, die Papeln schon desquamirt, die Lichen und pustulösen Efflorescenzen bereits gewichen sind, demnach die Kranken schon in jenem Stadium sind, in welchem sie in der Regel schon aus der ärztlichen Behandlung treten. Hier kommt die mikroskopische Untersuchung zur vollen Geltung, indem sie unwiderlegbar den Beweis liefern, dass mit dem Schwunde der makroskopischen, demnach klinischen Veränderungen, keineswegs auch die durch den Krankheitsprocess in der Haut abgesetzten Produkte gewichen sind, dass vielmehr nach mehreren Monaten (4—8) noch immer Krankheitsprodukte in der Haut und ihren Annexen vorkommen, welche vorwiegend in Exsudatzellen bestehen. Dieselben finden sich im Cutisgewebe, in den Papillen, in den Gefässen, den Schweissdrüsen und Talgfollikeln mit und ohne Pigment vor; dabei ist das Cutisgewebe selbst vielfach körnig getrübt. Somit haben die durch die Syphilis gesetzten Exsudate durchaus nicht jenen ephemeren Charakter, der ihnen vindicirt wird. Die Infiltration ist allerdings nicht so dicht wie bei der recenten Erkrankung, die Schwellung des Gewebes keine hochgradige, die Exsudatzellen sind vielmehr vorwiegend in der Gefässwandung, an den Ausführungsgängen der Schweissdrüsen, um die Haarbälge und Talgdrüsen, hie und da auch in kleineren Nestern in den oberen Cutislagen nachzuweisen; dieselben haben ihre runde Form bereits verloren und sind mehr spindelig verlängert, pigmenthältig.

Ist seit dem Beginne der Erkrankung ein längerer Zeitraum verstrichen, dann stellt die Wucherung, welche die Gefässe und die Hautfollikel umgibt, nur eine dünne Lage dar, während die Wandung der Gefässe und Follikel verdickt erscheint.

Wie lange es braucht, ehe auch diese Reste von Exsudatzellen der Resorption anheimfallen, lässt sich nur schwer feststellen, da es nicht gelingt, durch Jahre die Stellen, die der Sitz eines syphilitischen Exanthems gewesen sind, genau zu markiren. Es mögen immerhin nicht nur Monate, sondern auch Jahre vergehen, ehe eine vollständige restitutio ad integrum zu Stande kommt.



Diese Befunde in anscheinend schon normal gewordener Haut haben nicht blos ein theoretisches, sondern auch ein hohes praktisches Interesse. Sie lehren uns, dass zu einer Zeit, in welcher der Kranke als „geheilt" erklärt wird[1]), weil die klinischen Symptome vollständig gewichen sind, noch immer krankhafte Produkte, die allerdings nur dem bewaffneten Auge erkennbar sind, in dem Gewebe der Cutis deponirt liegen. Somit ist es keineswegs immer als Recidiv aufzufassen, wenn z. B. viele Monate, nachdem die Hautexantheme schon geschwunden sind, an derselben Stelle von Neuem ähnliche oder wie z. B. nach Roseolaflecken ringförmige Efflorescenzen erscheinen, welche wiederum abblassen, um nach kurzer Zeit in Form von punktförmigen, kreisförmig angeordneten Knötchen neuerdings aufzutreten.

In derartigen Fällen dürften eben die noch nicht resorbirten Exsudatzellen gewachsen sein, sich neuerdings vermehrt haben, allmählich auch gegen das Rete Malpighii vorgedrungen sein und zur Bildung von neuen Efflorescenzen geführt haben.

Ein solches Auftreten kann spontan erfolgen, noch häufiger jedoch durch äussere Reize veranlasst werden.

An einzelnen Partien der Haut und Schleimhäute lässt sich dieser Vorgang noch klarer durch klinische Beobachtung verfolgen: So an der Lippen- und Wangenschleimhaut, den Afterfalten, den Genitalien, woselbst chemische und mechanische Reize Excoriationen erzeugen, und, wenn sie sich selbst überlassen sind, beginnt der Papillarkörper zu wuchern, es entstehen nässende Papeln, welche in dieser Form ebenso inficirend wirken, wie im recenten Stadium.

Wir werden weiters Fournier und anderen Syphilidologen nicht so ganz und gar unrecht geben, wenn sie ihre Kranken mehr als durch Jahresfrist in Beobachtung und Behandlung behalten, weil ja die Syphilisprodukte noch lange als Reste vorhanden sind, selbst wenn auch schon alle sichtbaren Erscheinungen geschwunden sind.

Fournier [2]) behandelt seine mit recenter Lues behafteten

[1]) In einem Schreiben, welches Köbner an Bergh zur Mittheilung an den medic. Congress in Kopenhagen zusendet (Diese Vierteljahresschrift 1884, p. 464) schlägt er vor in allen Hospitälern, sowie poliklinischen Statistiken statt der Rubrik „geheilt" anzugeben: „Symptomenfrei entlassen".

[2]) Syph. chez la femme, II. Aufl., S. 814.



Kranken durch zwei Jahre mit Protojod. hydrarg. 5—10 Ctgr. pro die, welches Mittel zeitweise ausgesetzt werden muss. Er beginnt die Behandlung nicht vor dem Ausbruch secundärer Symptome und das Schema derselben ist etwa folgendes:

Erste Behandlung: 5—6 Wochen täglich 5—10 Ctgr. Protojod., hierauf 4—6 Wochen Pause; 4—8 Wochen Behandlung; drei Monate Pause; 4—6 Wochen Behandlung, 3 Monate Pause.

Innerhalb des zweiten Jahres reicht Fournier in den Pausen der Quecksilberbehandlung Jod, also etwa 4—6 Wochen Protojoduretum hydragyrum durch 4—6 Wochen Jod und 3 Monate Pause.

Im dritten Jahre empfiehlt F. die alleinige Darreichung des Jod.

Fournier hat 87 Beobachtungen von Ehen verzeichnet, aus welchen 156 Kinder hervorgegangen sind, und in denen alle Kinder gesund geblieben waren, deren Väter in dieser Weise behandelt wurden.

Nach Virchow müsste die Beseitigung jeder syphilitischen Localaffection (also auch unserer makroskopisch nicht sichtbaren, sondern nur durch das Mikroskop nachweisbaren syphilitischen Localerkrankung) mit allen Mitteln anzustreben sein.

„Denn jede dauerhafte Dyskrasie setzt eine dauerhafte Localerkrankung oder eine dauerhafte Zufuhr schädlicher Stoffe ins Blut voraus. Bei der Syphilis erfolgt eine intermittirende Infection von gewissen Herden aus; ursprünglich gelange das Syphilisvirus allerdings in die Blutbahn, werde aber bald in die Lymphdrüsen, theilweise auch in die Gewebe deponirt und dort festgehalten. In diesen Depositen könne das Gift einmal durch Eiterung zerstört werden oder die virulente Substanz wird im Gegentheil noch vermehrt. Demnach könne jede Localisation des Syphilisvirus einerseits depuratorisch, andererseits aber auch infectiös für den Organismus werden. Nur die feuchten frischen Syphilisprodukte sind als Virusbehälter anzusehen, während die trockenen, käsigen Knoten schon zur Ruhe gekommen wären."

Wir können uns der Virchow'schen Theorie nur theilweise anschliessen, indem nicht ausschliesslich die Lymphdrüsen allein, sondern auch andere Organe, zumal die Haut syphilitische Exsudate einschliessen, welche, wie schon oben erwähnt, entweder spontan oder durch äussere Reize neuerdings syphilitische Gewebstheile



zu produciren vermögen, welche Träger des Contagiums sind. Diese Eigenthümlichkeit scheint der Organismus, wenn er einmal syphilitisch geworden, lange Zeit beizubehalten und ist im Stande, sie anderen Organismen mitzutheilen, sie zu inficiren und sie auf die eigene Nachkommenschaft zu vererben.

Die untersuchten Krankheitsfälle gaben den klaren Beweis, dass nach 3—7 Monaten, nachdem die Kranken aus der Behandlung entlassen wurden, noch immer Exsudatzellen in der Cutis und deren Adnexis vorhanden sind.

Einige Beispiele mögen zur Illustration des Angeführten dienen:

S. A., 4monatl. Erkrankung; nachdem die klinischen Erscheinungen an der Haut schon seit vier Wochen geschwunden, zeigt eine abgelaufene Macula, Wucherungen um die Gefässe und Follikel, pigmentirte Exsudatzellen, zumal in den Papillen.

N., eingetreten 26. Mai, 10wöchentliche Erkrankung. Macul. lividae in cute trunci et extremitat., 30 Einreibungen, Exanthem geschwunden.

Die Untersuchung acht Tage nach dem Schwunde des Exanthems zeigt folgende Veränderung: An der Wandung der Blutgefässe, einzelne spindelförmige Zellen, auch die Gefässschlinge dicht mit Kernen besetzt; das Cutisgewebe körnig getrübt, stellenweise mit pigmentirten Exsudatzellen erfüllt, die tieferen Lagen des Cutisgewebes jedoch vollständig normal, Wucherungen um den Schweissdrüsengang, Kerne an der äusseren Wandung geschrumpft, länglich ausgezogen; die Retezellen pigmentirt.

W., 4 Monate abgelaufene schuppende Papel. Das Cutisgewebe moleculär getrübt, die Gefässe wuchernd, vorwiegend in den oberen Lagen der Cutis; die tieferen Cutislagen intact. Die Auskleidung der Schweissdrüsengänge moleculär getrübt; pigmentirte Exsudatzellen.

B., Dauer der Krankheit etwa 7 Monate, am Stamme und an den Extremitäten kein Exanthem, lenticuläre, erodirte Papeln an den Genitalien und um den Anus. Psoriasis mucosa oris.

Sieben Monate von Beginn der Erkrankung zeigt die Haut



spindelförmige, zerstreut stehende und in Reihen um die Gefässe angeordnete Wucherungen.

R., 15. Juni eingetreten mit Epidydimitis, Sclerose mit consecutiver constitutioneller Syphilis, im Jahre 1876 innerlich und local behandelt.

Die untersuchte Haut vom Vorderarme ist ohne jede anatomische Veränderung.

G. I. Abgelaufenes kleinpapulöses Syphilid, 7monatliche Erkrankung. Am Stamme in Gruppen angeordnete, hanfkorn- bis linsengrosse, im Centrum vertiefte Pigmentflecke.

Mikroskopischer Befund, nachdem nur mehr Pigmentresiduen zurückgeblieben: An den Blutgefässen dichtgedrängte, stellenweise spindelförmige ausgezogene, stellenweise rundliche Exsudatzellen, die Wandungen der Talgdrüsen verdickt, an quer durchschnittenen Haarbälgen Wucherungen, die Wandung verdickt. Das Cutisgewebe zwischen den horizontal verlaufenden Gefässen der Cutis und den Papillen in seiner Structur wesentlich verändert, indem dasselbe mehr homogen, gleichmässig getrübt erscheint; Wucherungen um die Blutgefässe, Schweissdrüsengänge, pigmentirte Exsudatzellen in den Papillen. Endothelwucherungen an den Querschnitten von Blutgefässen.

H., Tuberculöses Syphilid (Taf. XXI Fig. 17) nach 8 Monaten: Die Papillarschicht in gleicher Flucht mit der Epidermis, Gefässe wuchernd (*b*), einzelne pigmentirte Exsudatzellen, Cutisgewebe getrübt (*e*), das Pigment orangenfarbig, theils körnig (*d*), theils diffus, sowohl in den Papillen als in den Gefässwandungen, als auch in Bindegewebskörperchen (*a*) und um den Haarbalg (*c*) die Exsudatzellen spindelförmig (*b*) ausgezogen. Vergleicht man diesen Befund mit jenen, der im floriden Stadium desselben Exanthems an demselben Individuum gefunden wurde, so findet man die Riesenzellen geschwunden, die Papillen, die verlängert waren, sind abgeflacht, auch die geschwellten Cutisfasern verschmälert (*b*).

Ueber Induration der Lymphgefässe, die sogenannten Lymphgefässstränge (Taf. XXI Fig. 18).

Am männlichen Genitale zumal am dorsum penis entstehen in Folge krankhafter Processe an der Glans, am Präputium, der Urethra, theils walzenförmig, theils dünne perlschnurartig gestaltete, oder am Rande eingekerbte, derbe Stränge; die-



selben ziehen gewöhnlich bis zur Symphyse und von da bisweilen bogenförmig bis zur Lymphdrüse, so dass durch Spannen des Stranges eine oder mehrere Lymphdrüsen aus ihren Nischen hervorgehoben werden können.

In seltenen Fällen zieht gleichzeitig ein zweiter Strang von der Symphyse auch zu einer oder mehreren Inguinaldrüsen der anderen Seite.

Walzenförmig erscheint das Lymphgefäss gewöhnlich bei Urethritis, weichem Schanker, flach, derb und eingekerbt bei Sclerose, ausnahmsweise bei Balanitis. Bisweilen ist der Lymphstrang lateral gelagert in jenen Fällen, in welchen das Geschwür lateral sitzt. Der gewöhnliche Sitz jedoch ist die Medianlinie des Penis über den Arterien und der Vena dorsalis penis. Während die Blutgefässe in der Albuginea der Schwellkörper eingebettet sind, zieht der Lymphstrang gewöhnlich über denselben im Zellgewebe des Präputiums und lässt sich mit Leichtigkeit von ersteren abheben.

An dem pathologisch veränderten Lymphgefässe bilden sich häufig ganz umschriebene Knoten, welche gewöhnlich in der Mitte des dorsum penis, nicht selten auch auf der Wurzel, endlich auch über der Symphyse erscheinen.

Die in Folge von weichen Geschwüren entstandenen Knoten vereitern ausnahmsweise wobei die Abscesshöhle tief und mit unterminirten Rändern erscheint; bei der Sclerose wird der Bubonulus gewöhnlich resorbirt; bisweilen tritt Zerfall ein, es bildet sich ein Geschwür mit derben aufgeworfenen Rändern.

An der Symphyse, gerade an jener Stelle, woselbst die Lymphgefässe ein dichtes Geflecht bilden, entstehen oft nussgrosse Anschwellungen; ausnahmsweise bilden sich derbe Knoten an jenem Theile des Stranges vor, welcher von der Symphyse aus schon zur nächsten Lymphdrüse umgebogen hat.

Die Häufigkeit der Lymphangioitis möge aus folgenden Zahlen ersehen werden. An meiner Klinik wurden innerhalb vier Jahre (1880—83) mit Sclerosen behandelt: 903.

Dorsalgefässe kamen während dieser Zeit 84 vor. Von diesen waren 40 mit Bubonulis.

Das Lymphgefäss erstreckte sich

A. bis zur Symphyse	22	mal
B. bis zur rechten Leiste	2	„
C. bis zur linken Leiste	12	„
D. bis zu beiden Leisten	5	„
E. Mit Lateralgefässen rechts	2	„
F. Mit Lateralgefässen links	—	„
H. Mit rechtem Lateral- und Dorsalgefässe an der Symphyse zusammenkommend und von da auseinandergehend	1	„

Ueber die Deutung des Lymphgefässstranges herrscht nicht die nur gleiche Ansicht unter den Autoren.

Bassereau[1]) fand hiebei die Blutgefässe vollständig intact, die Lymphgefässe zeigen eine verdickte Wandung.

Nach Verson[2]) ist die Lymphgefässwandung von einem kleinzelligen Infiltrate durchsetzt, in faseriges Bindegewebe umgewandelt, das nur noch mehr durch seine concentrische Schichtung seinen Ursprung erkennen lässt.

Venen und Arterien mit Wucherungen an der Adventitia.

Am eingehendsten wurde die Lymphangioitis von Biesiadecki[3]) studirt. Er fand das Lumen des Lymphgefässes theils durch Fibrincoagula und in denselben eingestreute Lymphzellen, theils durch Epithelien der Intima verengt, die Lymphgefässwandung von Zellen infiltrirt, welche vorwiegend um die Blutgefässe gelagert sind.

„Die Zelleninfiltration betrifft sämmtliche Schichten der Lymphgefässwandung, welche hiedurch an Dicke und Härte zugenommen hat, wodurch stellenweise ein Verschluss der Lichtung zu Stande kam."

Nach Auspitz[4]) wäre der Lymphstrang eine von der Sclerose ausgehende Induration des Bindegewebes, in welchem die Gefässe auf dem Rücken des Penis eingebettet sind, eine Induration, welche nach Analogie mit der Sclerose von den Blutgefässadventitien ausgehen mag. Dass der Dorsalstrang des Penis bis zur

---

[1]) Traité des maladies syphilitiques.

[2]) Virchow's Archiv Bd. 45.

[3]) Untersuchungen aus dem pathol.-anatom. Institute Krakau 1872.

[4]) Diese Vierteljahresschrift 1877.

nächsten tastbaren Lymphdrüse verfolgt werden könne, sei noch von Niemandem bewiesen worden; ebenso ist die Annahme, dass die Fortleitung des Giftes durch die Lymphgefässe und Lymphdrüsen geschehe, nicht im Geringsten stichhältig.

Bum[1]) findet, dass der Lymphstrang so sehr selten vorkommt, dass es eigentlich ganz irrelevant ist, welche Bedeutung ihm vindicirt werde.

An verschiedenen Objecten mit indurirten Lymphgefässsträngen hatte ich Gelegenheit, anatomische Untersuchungen zu machen, unter diesen war eines mit einem abscedirenden Bubonulus. Um mich nun zu überzeugen, ob man es mit einem derben Strange ohne Lumen zu thun habe und Bindegewebsstrang, wurde, nachdem der Bubonulus eröffnet war, ein dünner Draht, den man gewöhnlich in die Lichtung einer Pravaz'schen Spritze steckt, durch diese Abscesshöhle in eine Lichtung eingeführt, welche dem austretenden Lymphgefässe entsprach. Dasselbe wurde in eine Harzmasse in Paraffin sammt dem Draht eingebettet, nachdem dasselbe erhärtet war, der Draht ausgezogen und ein Querschnitt zeigte sehr deutlich, dass dieses Lumen, wie Taf. XXI Fig. 18 zeigt, mit einem Endothel versehen war.

Da der Lymphgefässstrang über der Vena und den arteriis dorsalibus lag, so kann selbstverständlich die Betheiligung derselben an dem Processe ganz und gar ausgeschlossen werden. Aber auch die Venen, welche an der Wandung des Bubonulus und des Stranges zogen, zeigten bei ihrem Durchschnitte keine Wucherungen. Solche fanden sich auch nicht an der Arterie anderer Präparate.

In einem anderen untersuchten Objecte, welches schon äusserlich am Rande deutliche Einkerbungen darbot, zeigte die mikroskopische Untersuchung, dass diese Einkerbungen den Klappen der Lymphgefässe entsprachen und war das ganze Lumen Taf. XXI Fig. 18 (a) des Gefässes und die ganze Wandung dicht von Rundzellen (b) infiltrirt. An vielen Präparaten kam aber der Verschluss durch beträchtliche Endothelwucherungen (a) zu Stande. Nach diesen Untersuchungen scheint es uns zweifellos, dass wir es hier mit einem wirklichen Lymphgefässstrange zu thun haben.

---

[1]) Diese Vierteljahresschrift 1883.

Als Beweis hiefür gilt demnach die Richtung des Stranges, welcher bis zur Symphyse und von hier aus bis zu den nächsten Lymphdrüsen verfolgt werden kann; weiters die anatomische Untersuchung und endlich das Unbetheiligtsein der Arterien und Vena dorsalis. Durch die Feststellung dieser Thatsache wird die Ansicht neuerdings erhärtet, dass die Lymphgefässe das Contagium zunächst weiter in den Organismus verbreiten. Eine Aufnahme des Contagium durch die Blutgefässe würde dem Organismus gefährlicher werden, da, wie wir wissen, in einem Zeitraume von weniger als 1 Minute das Blut das ganze Gefässsystem durchströmt, in den Lymphgefässen dagegen muss der Ansteckungsstoff in den nächsten Lymphdrüsen halt machen und wird hiedurch wenigstens für einige Zeit die Verseuchung des Organismus verhindert.

Resumé.

1. Die Hautsyphilide beruhen, wie dies schon andere Beobachter gefunden haben, anatomisch auf Rundzellenwucherung zunächst an den Gefässen. Es sind allerdings die Gefässe der oberen Cutisschicht und des Papillarkörpers, welche erkranken, aber auch die Gefässe der tieferen Cutisschichten, des Panniculus (Arterien und Venen) sind mehr weniger mit afficirt. Die Intensität der pathologischen Veränderungen ist bei der recenten Form des maculösen Syphilides geringer, steigert sich aber in exquisiter Weise bei papulösen und tuberculösen Efflorescenzen und Gummata.

2. Die krankhaften Produkte finden bei der maculösen Form ihre Grenze genau im Papillarkörper ohne in die Epidermis hineinzuwuchern. In dem Masse, als die Wucherungen zunehmen, wird diese Grenze überschritten, das Rete zellig infiltrirt, seine untere Grenze verwischt, so dass die Rundzellen unmittelbar unter die prall gespannte Hornschicht zu liegen kommen.

3. Die Exsudatzellen sind im recenten Stadium wahrhafte Rundzellen; nach längerem Bestande verlieren sie dieselbe runde Form, werden spindelförmig verlängert und kommen als solche vorwiegend an der Aussenwandung der Gefässe vor.

4. Das **Pigment** findet sich meist in Form von Körnchen verschiedener Grösse und verschiedener (von orangefarbener bis brauner) Farbennuancirung. Die Körnchen liegen theils in Exsu-



dat-, theils in Bindegewebszellen. In ersterem Falle geht die Resorption sehr leicht, in letzterem Falle sehr schwer oder gar nicht mehr von Statten. Sind die Zellwucherungen bis in das Rete vorgedrungen, so sind sie auch daselbst pigmentirt; auch in den von Ehrmann beschriebenen Schläuchen trifft man körniges Pigment.

5. Die Faserung der Papillen erscheint gelockert und moleculär getrübt. Diese Trübung kommt bei cutanen Gummata auch in den tieferen Cutislagen zur Beobachtung.

6. Die Follikel zeigen sich in verschiedener Weise verändert. So ist der Haarbalg nicht nur von Rundzellen umgeben, sondern auch noch in seiner äusseren Wandschicht verdickt und bietet zumal bei der Lichen- und Acneform kolbenförmige Ausbuchtungen und cystenartige Erweiterungen dar, Veränderungen, die auch an den Talgdrüsen zu beobachten sind.

7. Immerhin beachtenswerth scheint der Befund von Riesenzellen zu sein, welche bei tuberculösen, vorwiegend jedoch bei syphilitischen Acne- und Lichenformen, ferner bei Hautgummen gemacht werden. Bei maculösem, recentem, lenticulärem Syphilide ebenso bei Primärformen konnte ich dieselben nie finden.

8. Einzelne Gewebstheile der Haut scheinen der Erkrankung einen besonderen Widerstand zu bieten. Wie z. B. die glatten Muskeln.

An einzelnen Schnitten fanden sich entsprechend dem Verlaufe der Gefässe der Arrectoren Rundzellen, während bei Papeln am Scrotum, in dem die contractilen Faserzellen bekanntlich ausserordentlich reich vertreten sind und ganze Netze bilden, die letzteren stets frei von Infiltration befunden wurden.

9. Da die verschiedenen Hautsyphilide nur verschiedene Intensitätsgrade ein und desselben Processes darstellen, so lässt sich allerdings histologisch keine scharfe Grenze zwischen den einzelnen Formen ziehen. Immerhin lässt sich aber nachweisen, dass in einzelnen Fällen vorwiegend die Follikel der Ausgangspunkt der Erkrankung in anderen Fällen der Papillarkörper, in denen die Gefässe ergriffen sind.

10. Die Pigmentirungen nach recenten Syphiliden gelangen mit dem Schwunde der sie einschliessenden Rundzellen wieder zur Resorption.

11. Endlich geht aus den Untersuchungen noch die wichtige Thatsache hervor, dass mit dem Schwinden der klinischen Erschei-

nungen noch immer nicht die anatomischen Veränderungen gewichen sind; es bleiben vielmehr in der Tiefe des Cutisgewebes noch lange Zeit Exsudatzellen, selbst Pigmentirungen zurück, wenn auch das Auge des Klinikers nichts Krankhaftes mehr an der Haut zu finden vermag.

Erklärung der Abbildungen.

Taf. X Fig. 1. Erythema syphiliticum papulatum (Hartnack Obj. 7 Ocular 2). *a* Haarbalg, *b* Talgdrüse, *c* Schweissdrüse mit Ausführungsgang *c'*, *d* Fettläppchen, *e* Ausbuchtung des Haarbalgs, *f* Exsudatzellen der Cutis.

Taf. XI Fig. 2. Pigmentirte desquamirende Papel (Hartnack 4 Obj. 2). *a* Gefäss mit Wucherungen, *b* Haarbalg in seiner ganzen Ausdehnung mit Rundzellen erfüllt, *cc,* Talgdrüse mit Wucherungen, *dd,* Schweissdrüse sammt wucherndem Ausführungsgang, *e* Muskel mit Wucherungen.

Taf. XI Fig. 3 (Hartnack Obj. 9 Ocul. 2). *a* Rundzellen, *b* körniges Pigment in den Bindegewebszellen, *b* Pigment in Exsudatzellen.

Taf. XI Fig. 4. *a* Rundzellen, *b* infiltrirter Arrector pili, *c* Gefäss mit Endothelwucherung, *d* Talgdrüsen mit verdickter Wandung.

Taf. XII Fig. 5. Lenticuläre Papel. *a* Haar, *b* Haarbalg mit Ausbuchtungen, *cc'* Rundzellen in den Gefässen, *d* getrübte Cutis, *e* Ausführungsgang der Schweissdrüse mit Wucherungen, *f* dichte Wucherung in der mittleren Cutislage, *g g* spindelförmige Zellen an der Gefässwandung, *h* spiralgewundener Ausführungsgang der Schweissdrüse, *k* Exsudatzellen im Rete.

Taf. XIII Fig. 6. Orbiculäre Papel (Hartnack Obj. 7 Ocular 2). *a* Haar, *b* Talgdrüse von Wucherungen umgeben, *c c,* Ausbuchtungen des Haarbalges, *d* Schweissdrüse sammt Wucherungen, *d,* *e* Ausführungsgang sammt Wucherungen, *f* Arrector pili mit Wucherungen *f,* Muskel quer getroffen, *g* Gefäss mit verdickter Wandung und Wucherung quer getroffen, *g, g,,* längs getroffenes Gefäss mit Wucherung, *h* Exsudatzellen um den Haarbalg, *i* Fettzellen.

Taf. XIV, XV Fig. 7. Recente tubercula cutanea (Obj. 5 Oc. 2), Fig. 8 (Obj. 7 Oc. 2). *a* Epidermis, *a,* Epidermis mit Detritus, *b* Rete Malpighii, *b,* die Grenze des Rete von Exsudatzellen durchbrochen, *c c,* Riesenzellen, *d* Gefässe mit Wucherungen, *e* Arrector mit Wucherungen, *f* Haar, *g* Haarbalg mit Wucherungen, *h* Talgdrüse, *i* Schweissdrüse wuchernd, *i,* Ausführungsgang mit Wucherungen, *k* dichte Anhäufung von Exsudatzellen, *l* die untere Zone der Cutis derb ohne Infiltrat.

Taf. XVI. Fig. 9. Zerfallenes Gumma cutaneum (Hartn. Obj. 7 Oc. 2). *a* Epidermis körnig zerfallen, *b b,* Rete mit Lücken, *c* Pustel, *c,* Fachwerk, *d* Haar und Talgdrüse, *e* Arrector pili, *f* Schweissdrüse, *f,* Ausführungsgang der Schweissdrüse, *g* aufsteigendes Gefäss, *g,* quer getroffenes Gefäss, *g,,* horizontales Gefäss mit natürlicher Injection, *h h,* Gefäss mit Wucherung, *i* Endothelwucherung das Lumen der Gefässe erweitert, die Gefässe selbst vermehrt, *k* Fettzellen.

Taf. XII Fig. 10. Gumma cutaneum (Hartnack Obj. 7 Ocular 2). *a* getrübte Cutis, *b* Gefäss von Wucherungen umlagert, *c* Ausführungsgang der Schweissdrüse, stellenweise von Wucherungen durchsetzt, *d* Riesenzellen, *e* pigmentirte Bindegewebszellen.

Taf. XVII Fig. 11. Acne syphilitica (Hartnack Obj. 7 Ocul. 2). *a* Riesenzellen, *a,* Riesenzellen mit Fortsätzen, *b b,* Haar, *c* Wucherungen um den Haarbalg, *d* durch Exsudat plattgedrückte Zellen, *e* Grenze des Rete von Exsudatzellen durchbrochen, *f* Anhäufung von Exsudatzellen, *g g,* längs- und quergetroffenes Gefäss mit Wucherungen, *h h'* Schweissdrüse sammt Wucherung, *i* Ausführungsgang, *k* Rundzellen um ein Gefäss, theilweise pigmentirt, *l l,* Talgdrüse sammt Wucherungen, *m* Mündung der Talgdrüse, *n* Fettzellen.

Taf. XVIII, XIX Fig. 12, 13. Lichen syphiliticus (Hartnack Obj. 7 Oc. 2), Fig. 14 (Obj. 8 Oc. 2). *a* Hornschicht, *b* Rete, *c* Haar, *d* Haarbalg, *e* Anhäufung von Exsudatzellen, *f* Talgdrüse mit Wucherung in der Wandung, *g* Gefäss mit Wucherung, *h* Schweissdrüse, *h,* Ausführungsgang der Schweissdrüse von Wucherungen umgeben, *i* Fettzellen mit Exsudatzellen infiltrirt, *k* Arrector pili infiltrirt, *l* Riesenzellen.

Taf. XX Fig. 15. Pigmentirung der Haut in Folge von Syphilis (Hartnack Obj. 10 Ocular 3). *a* unterer Theil des Rete, *b* pigmentirte Bindegewebszellen mit Fortsätzen, *b,* Ausläufer einer Bindegewebszelle mit lichtem Pigment, *c* und *c,* ein längs- und quergetroffenes Gefäss mit Endothelwucherung, *d* und *d,* Exsudatzellen.

Taf. XX Fig. 16 (Hartnack Obj. 7 Ocul. 2). *a* Gefäss mit natürlicher Injection, *b* ein quergetroffenes Gefäss mit Pigment in der Adventitia, *c* Gefäss von pigmentirten Exsudatzellen umwuchert, *d* pigmentirte Bindegewebskörperchen.

Taf. XXI Fig. 17. Durchschnitt einer pigmentirten Hautstelle nach einem seit 8 Monaten bestehenden tuberculösen Syphilid.
a pigmentirte Bindegewebskörperchen, *b* spindelförmig pigmentirte Zellen um das Blutgefäss, *c* Wucherung um den Haarbalg, *d* Lumen des Blutgefässes, *e* Trübung der oberen Papillarschicht, *f* Wucherung um das Fettgewebe.

Taf. XXI Fig. 18. Querschnitt durch ein dorsales indurirtes Lymphgefäss. *a* Lumen des Gefässes von Wucherungen erfüllt sammt Endothelwucherung, *b b* Wucherung in der verdickten Wandung, *c* erweiterte Blutgefässe.



Aus Prof. Neumann's Universitätsklinik für Syphilis in Wien.

Die Diagnose der syphilitischen Initialsclerose und der localen contagiösen Helcose.

Von

Dr. Ernst Finger,

Docenten für Syph. und Hautkrankh. a. d. Wiener Universität, em. klin. Assistenten.

I. Der syphilitische Initialaffect.

Als man im Studium der Syphilis endlich zu der Ueberzeugung gekommen war, dass die Syphilis eine ausschliesslich contagiöse Erkrankung sei und an der Invasionsstelle des Virus in den Organismus sich gewisse augenfällige, meist ulceröse Processe entwickeln, war es Aufgabe der Syphilidologen geworden, jene Veränderungen, den Initialaffect der Syphilis zu studiren und jene Eigenthümlichkeiten desselben auszufinden und zu präcisiren, die eine möglichst frühzeitige Diagnose des Initialaffectes als eines syphilitischen ermöglichen würden. Ein Merkmal war es immer, das den Syphilidologen ins Auge fiel, das immer und immer wieder in den Vordergrund der Symptomatik des syphilitischen Initialaffectes trat, es war das die Induration, die charakteristische Derbheit jener Ulcerationsprocesse, die die Invasionsstelle des Syphilisvirus in den Organismus markiren. Und so wird denn bei Marcellus Cumanus[1]) (1495) Torella[2]) (1497), Johannes de Vigo[3]) (1514), Nicolaus Massa[4])

---

[1]) Marcellus Cumanus, Gruner Aphrodis. S. 53.

[2]) Torella, Consilia adversus pudend. Aphrod. I. S. 545.

[3]) Johannes de Vigo, de morbo gallico. Aphrod. I. S. 449.

[4]) Nicolaus Massa, de morbo gallico. Aphrod. I. S. 46.



(1532), Thierry de Hery[5]) (1552), Gabriel Fallopia[6]) (1555), Leonardus Botallus[7]) (1563), Bernardinus Tomitanus[8]) (1563), Alex. Trajan. Petronius[9]) (1565), Nicolas de Blegny[10]) (1674), der Induration als eines Symptoms mancher Schanker Erwähnung gethan. Der erste aber, der die Induration genauer studirte, sie genau charakterisirte und beschrieb, sie als eine conditio sine qua non des syphilitischen Initialaffectes hinstellte, war Hunter[11]) (1786).

Ich bin nun zwar durchaus nicht der Ansicht, dass gerade Hunter in der Lehre von der Syphilis jene Verdienste zuzuschreiben seien, die ihm vielfach vindicirt werden; eingehende Studien der vorhunterischen Zeit haben in mir vielmehr die Ueberzeugung hervorgebracht, dass Hunter sowohl in der Lehre vom Tripper, als auch von der Syphilis den natürlichen Entwicklungsgang gestört und durch seine Experimente und seine Thesen Irrthümer verbreitet hat, zu deren Richtigstellung es vieler Jahrzehnte bedurfte. Ich stimme daher J. K. Proksch[12]) vollkommen bei, dass Hunter der Lehre von der Syphilis den grössten Dienst erwiesen hätte, wenn seine Lehren nie geschrieben worden wären, nichts destoweniger ist es mir historisch interessant, zu constatiren, dass Hunter, der durch seine Impfungen der Begründer der leidigen Identitätslehre wurde, doch andererseits durch seine These, nur der harte Schanker sei der wahrhaft syphilitische, alle anderen Ulcerationsprocesse dagegen als einfache, nicht durch Syphilisvirus bedingte Geschwüre anzusehen, sich zur strengen Dualitätstheorie bekannte, wie ja auch sein Schüler und Commentator Babington[13]) dadurch, dass er das Hauptgewicht auf die

---

[5]) Thierry de Hery, La methode curatoire de la maladie vénérienne. Paris.

[6]) Faloppii Gabrieli, de morbo gallico. Aphrod. II. S. 820.

[7]) Botalli Leonardi, Luis vener. curandae ratio. Aphrod. II. S. 859.

[8]) Tomitani Bernardini, de morbo gallico. Aphrod. II. S. 1015.

[9]) A. Tr. Petronii, de morbo gallico. Aphrod. II. S. 1315.

[10]) Nic. de Blegny, L'art. de guerir les mal. ven. Paris.

[11]) John Hunter, A treatise on the venereal disease. London.

[12]) J. K. Proksch, Die Lehre von den venerischen Contagien im 18. Jahrhundert. Diese Vierteljahresschr. 1883.

[13]) John Hunter's Abhandlung von d. venerischen Krankheit. Deutsch

Induration verlegte, betonte, dass diese der Ulceration vorausgehe, die Ulceration überhaupt kein unumgänglich nöthiges Symptom des Initialaffectes sei, Grundsätze aussprach, denen wir mehr als 50 Jahre später in der Bärensprung-Zeissl'schen „Deutschen Dualitätslehre" wieder begegnen. Es ist ja die durch Abernethy[14]) und Carmichael[15]) vertretene Lehre von den pseudosyphilitischen Krankheiten nichts als eine outrirte huntersche Dualitätslehre, die, nachdem alle nicht indurirten Geschwüre nicht syphilitischer, also pseudosyphilitischer Natur sein sollen, auch die ihnen folgenden constitutionell syphilitischen Erscheinungen, weil sie nicht von dem als einzig syphilitisch angesehenen indurirten Schanker eingeleitet wurden, auch als pseudosyphilitisch auffasst. Ein und dieselbe Form secundärer Syphilis, eine Roseola, ein papulöses Syphilid wurden dieser Lehre gemäss bald als syphilitisch, bald als pseudosyphilitisch erklärt, je nachdem im ersten Falle ein typischer Hunter'scher Schanker, im letzteren eine andere Ulcerationsform sich an der Infectionsstelle entwickelte. Als Reaction auf diese Richtung folgte Anfangs unseres Jahrhunderts die Lehre der physiologischen Schule, die Läugnung der Specificität und Virulenz der Syphilis überhaupt, die den einfach entzündlichen Erkrankungen zugezählt wird und erst mit Ricord feiert unsere Lehre ihre Wiedergeburt. Kaum aber fängt die unbefangene klinische Beobachtung an in ihr Recht zu treten, so wird einem Symptome wieder sein gewisser, nicht abzuläugnender Werth als pathognomonisches und prognostisches Zeichen vindicirt, es ist das die Induration. Ricord, sowohl als Unitarier als später nach seinem verschämten Uebertritt in das Lager der Dualisten, hebt die klinische Bedeutung der Induration des Geschwürsbodens hervor. Bassereau nimmt die Derbheit des Geschwüres zum Eintheilungsprincipe und gründet auf das Vorhandensein oder Fehlen derselben seine „Dualitätslehre der Geschwüre",

---

von Dr. Fr. Braniss. Mit Noten von Ricord, Babington u. Behrend. Berlin 1848.

[14]) Abernethy, Surgical observ. on dis. ressembling Syphilis. London 1804.

[15]) Carmichal, Observ. on the symptoms and specif. distinctions of venereal diseases. London 1818.

aus der er auf die Dualität des Virus schliesst. Bärensprung-Zeissl endlich trennen das Geschwür, das local bleibt, von der Induration, welche letztere mit „syphilitischer Initialaffect" gleichbedeutend erklärt wird, immer aber, bei allen diesen Wandlungen, die sich auf einen Zeitraum von mehr als hundert Jahren erstrecken, spinnt sich eine Beobachtung als rother Faden durch, sie wird bald aufgenommen, bald fallen gelassen, bald als werthvoll geschildert, bald geläugnet, immer aber dreht sich die Debatte um sie, immer ist es die Frage, welche Bedeutung hat die Induration, in welchem Verhältnisse steht dieselbe zur Syphilis und speciell zum syphilitischen Initialaffecte. Sehen wir uns nach den heutzutage über Werth und Bedeutung der Induration verbreiteten Ansichten um, so hören wir einmal von den französischen Dualisten reinsten Wassers die These ausgesprochen: die Induration, oder vielmehr der indurirte Schanker, sei die conditio sine qua non der Syphilis, sein Vorhandensein beweise eben so sicher die syphilitische recente Infection, als sein Fehlen sie ausschliesse, dem gegenüber legen gemässigtere Dualisten, zu denen auch die Deutschen gehören, nur dem Vorhandensein der Induration den Werth bei, dass es sicher die syphilitische Infection beweise, während aus dem Fehlen der Induration nicht auf das Gegentheil geschlossen werden dürfe, die Unitarier endlich verschanzen sich hinter den beiden Einwürfen, es gebe einmal Indurationen, die nicht von consecutiver Syphilis gefolgt werden, sowie andererseits constitutionelle Syphilis auch ohne vorausgegangene Induration sich zu entwickeln vermag. Um Missverständnissen vorzubeugen, hebe ich hervor, dass ich alle anderen gegensätzlichen Meinungen, die zwischen Unitariern und Dualisten bestehen und auf die zurückzukommen ich Gelegenheit haben werde, hier absichtlich nicht berücksichtige und meine volle Aufmerksamkeit eben nur der Induration zuwende.

Wenn wir nun an die möglichst objective Beantwortung der Frage schreiten: wann und unter welchen Bedingungen hat oder hätte man die Berechtigung, die Induration als das einzig sichere Kennzeichen recent syphilitischer Infection, als einzig berechtigte Form des syphilitischen Initialaffectes anzusehen und bei Fehlen der Induration auch die syphilitische Infection mit Sicherheit auszuschliessen? so lautet die einzig logische Antwort auf



Fig. 5.

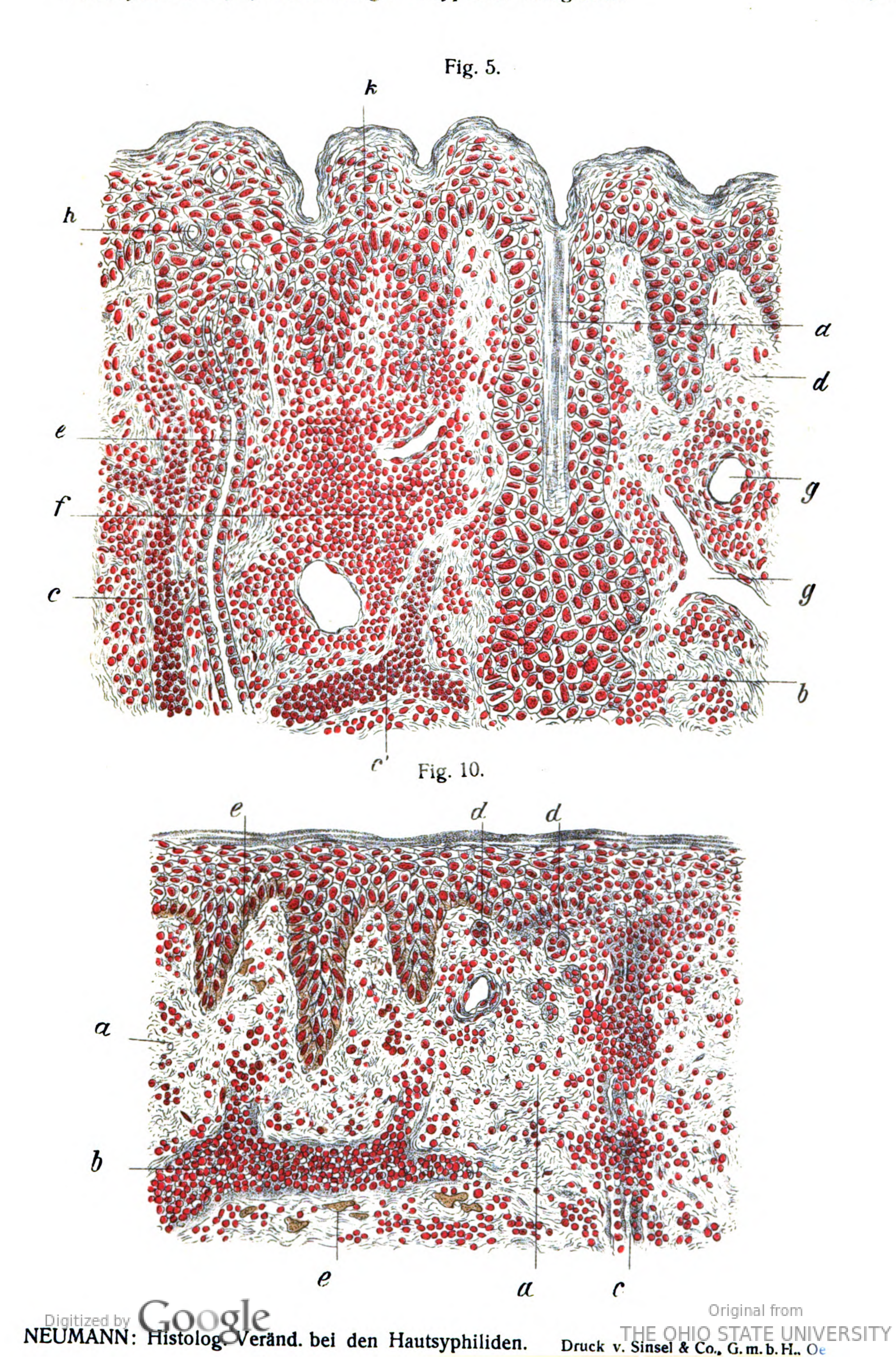


Fig. 10.

NEUMANN: Histolog. Veränd. bei den Hautsyphiliden. Druck v. Sinsel & Co., G. m. b. H., Oe

diese Frage doch wohl: Nur dann, wenn einmal die Induration beim syphilitischen Initialaffecte immer zu finden ist, sie aber andererseits auch nur bei ihm zu finden ist, andere Bedingungen eine Induration nicht zu erzeugen vermögen. Gehen wir an die Zergliederung und Erwägung dieser beiden Punkte!

I. Ist die Induration des syphilitischen Initialaffectes stets nachweisbar?

Weder das Studium der Literatur noch die eigene Erfahrung erlauben uns diese Frage im bejahenden Sinne zu beantworten. Wir müssen vielmehr hervorheben, dass nach unserer und anderer in diesem Punkte vollkommen übereinstimmenden Erfahrung und Beobachtung die Induration nach dem Geschlechte sowohl als nach dem Sitze und der Localität, an der sie zur Entwicklung kommt, wesentlich an Intensität und Extensität variirt, ja selbst fehlt. Was das Geschlecht betrifft, so haben wir an dem Satze festzuhalten, dass beim Weibe Indurationen, sei es nur oberflächlich und wenig ausgeprägt sind oder auch gänzlich fehlen können. Ein flüchtiger Blick durch die uns zugängliche Literatur bestätigt die Allgemeinheit dieser Beobachtung, so lesen wir bei Hölder [16]): „Uebrigens beobachtet man die Induration beim Weibe nicht so häufig als beim Manne."

Saurel [17]) hebt hervor, dass die Verhärtung, sowie bei anderen Personen bisweilen, bei den Frauen besonders sehr oft fehle.

Sperino [18]) betont, dass indurirte primitive Geschwüre bei Weibern wohl vorkommen, aber lange nicht so häufig sind, als bei Männern.

Chanfleury von Jessenstein [19]) meint mit Rücksicht auf den Satz, dass nur der indurirte Schanker Syphilis zu erzeugen vermag, dass bei Männern nur selten Ausnahmen von dieser Regel

---

[16]) Hölder, Lehrbuch der vener. Krankheiten. Stuttgart 1851. S. 311.

[17]) Saurel, Natur, Symptome u. Behandlung d. vener. Krankheiten. Revue ther. du Midi 1852.

[18]) Sperino, La sifilissazione. Torino 1853, S. 565.

[19]) Chanfleury von Jessenstein, Ueber indurirten Schanker und Schankroid. Nederland. Weekbl. 1855.

vorkommen, bei Weibern dagegen, die vorzugsweise dem Vf. zur Beobachtung zufallen, verhalte es sich gerade umgekehrt. Die sorgfältigste Untersuchung belehrte ihn, dass die Syphilis sich entwickelt, ohne irgend eine Induration des vorausgehenden Schankers, ja dass indurirte Schanker bei Weibern zu den Ausnahmen gehören. Dem Sinne nach identisch lauten die Angaben von Rollet[20]), Engelstedt[21]), Köbner[22]).

Venot (père)[23]) wirft sich zum Vertheidiger des Satzes auf, dass alle inficirenden Schanker auch indurirt sind und meint, dass auch bei Weibern in der Vagina indurirte Schanker vorkommen, nur sei die Induration von kurzer Dauer und schon einige Tage nach ihrem Entstehen nicht mehr aufzufinden.

Michaelis[24])[25]) meint, dass die Weiber selten Verhärtungen darbieten, sie dagegen häufig austheilen, insbesondere kämen am introitus vaginae viel weiche Schanker vor, welche allgemein inficiren.

Langlebert[26]) constatirt, dass der harte Schanker beim Weibe seltener ist als beim Manne, und citirt auch Guerin (Maladies des organes génitaux externes chez la femme. Paris 1864), der derselben Ansicht sei.

In demselben Sinne spricht sich auch Auspitz[27]) aus, man finde die Induration seltener beim Weibe als beim Manne.

Clerc[28]) hebt hervor, beim Weibe sei die Induration weicher, teigig, weniger charakteristisch und resorbire sich auch leichter, doch gelte dieses nur von Schankern am Genitale.

---

[20]) Rollet, De la plural. des malad. vén. Paris 1860. S. 27.

[21]) Engelstedt, Die constitutionelle Syphilis, deutsch v. Uterhardt. Würzburg 1861. S. 2.

[22]) Köbner, Experiment. Mittheilungen aus der Dermatol. u. Syphilis. Erlangen 1861.

[23]) Venot, Ueber die Induration des Schankers an d. Scheidenschleimhaut. Journ. de Bordeaux. 2 Sér. 1867. S. 187.

[24]) Michaelis, Der Contagienstreit in der Lehre von der Syphilis. Virch. Archiv XXIV. 1862.

[25]) Michaelis, Compend. der Lehre von d. Syphilis. Wien 1865.

[26]) Langlebert, Traité des mal. vénér. Paris 1864.

[27]) Auspitz, Die Lehre vom syphil. Contagium. Wien 1866.

[28]) Clerc, Traité pratiques des mal. vénér. Paris 1866.

Ebenso schliessen sich Morgan[29]), Bumstead[30]), Boeck[31]), Belhomme und Martin[32]) dieser Ansicht an, nur Fournier[33]) glaubt die Läugnung dieser Thatsache dem Systeme schuldig zu sein, muss aber wenige Zeilen später zugeben, dass die Induration beim Weibe meist nur oberflächlich, lamellös, selten scharf umschrieben sei.

Ganz ebenso finden wir bei Jullien[34]) und Zeissl[35]) diese Thatsache betont und als richtig anerkannt.

Gehen wir nun dieser Thatsache, dass beim Weibe die Induration selten und weniger typisch ist als beim Manne, nach und trachten wir, die Gründe derselben zu ermitteln, so wird es uns bald auffallen, dass an Stellen, die bei beiden Geschlechtern den gleichen anatomischen Bau besitzen, wie etwa Mundlippen, Finger etc. auch die Induration gleich verläuft, und Verschiedenheiten der Induration nur dort sich vorfinden, wo das Geschlecht anatomische Verschiedenheiten bedingt. Nicht das Geschlecht, sondern der anatomische Bau sind also Veranlassung der verschiedenen Entwicklung der Sclerose bei Mann und Weib. Diese Thatsache muss einem um so mehr einleuchten, wenn man, an der Hand eines grossen Materiales, Gelegenheit hat, die Beobachtung zu machen, dass die Localität bei der Entwicklung und Ausdehnung der Sclerosen eine wesentliche Rolle spielt. So ist es ja höchst auffallend, dass, wenn wir das männliche Genitale berücksichtigen, sich typische Indurationen und Sclerosen vor allem im sulcus coronarius entwickeln, auch am Margo des Präputium die Derbheit noch sehr bedeutend ist, an der Haut des Penis, der inneren Lamelle die Induration meist teigig und lamellös ist, am Körper der Glans dagegen andere als ganz oberflächliche Papier- und Perga-

---

[29]) Morgan, On the duality of venereal sores. Med. Times and Gaz. 1870 und A new view of the origin and propagation of the venereal disease. Dublin quat. Journ. 1870.

[30]) Bumstead, Pathology and treatment of ven. dis. Philad. 1870.

[31]) Boeck, Erfahrungen über Syphilis. Stuttgart 1875.

[32]) Belhomme et Martin, Traité de la syphilis. Paris 1876.

[33]) Fournier, Schankerinduration bei der Frau. Journ. de Brux. 1870.

[34]) Jullien, Traité de la Syphilis. Paris 1879.

[35]) Zeissl, Lehrbuch der Syphilis. 4. Aufl. Erlangen 1882.

ment-Indurationen sich nicht vorfinden, und nur am Orificium und der Corona Knoten- und Indurationsbildung beobachtet wird. Ganz ebenso beobachten wir am weiblichen Genitale die derbsten Infiltrate am Rande der grossen, weniger schon der kleinen Labien und an der hinteren Commissur. An der Innenfläche der kleinen Labien ist die Induration nur pergamentartig, nicht oder nur in den seltensten Fällen gelingt es, sie im Vestibulum und auf der Vaginalschleimhaut nachzuweisen. Das Zustandekommen einer Induration hängt also wesentlich vom Sitz, wohl also von der erkrankten Textur ab. Dies wird dann insbesondere auffallend, wenn syphilitische Initialaffecte sich über differente Texturen erstrecken. Ein syphilitischer Primäraffect, der sich vom sulcus coronarius bis auf die Mitte des Körpers der glans penis erstreckt, ist im sulcus coronarius knorpelhart, an der corona derb, aber schon mehr teigig, an der glans weich oder höchstens pergamentartig, und doch hat auf alle drei Texturen dasselbe ätiologische Moment eingewirkt.

Auf die Gefahr hin, dass die folgenden Zeilen von den meisten Lesern mit einem Achselzucken über die „viele Literatur" überschlagen werden, halte ich mich verpflichtet, im Folgenden den historischen Nachweis zu liefern, dass die eben von mir angeführten Thatsachen schon seit einem halben Jahrhundert Gemeingut der Syphilidologen sind, leider aber bisher nicht im gehörigen Masse gewürdigt wurden. Ich möchte an dieser Stelle betonen, dass gerade in der Syphilis das Studium der Literatur nicht nur ein sehr anregendes und interessantes, sondern auch ein sehr nutzbringendes ist und ein erspriessliches Vorwärtskommen ohne genaue Literaturkenntniss mir unmöglich scheint. Wie soll man an einem Bau weiter arbeiten, wenn man das bisher zusammengetragene Baumaterial nicht oder nur ungenügend kennt, von dem mehr als ein Stein dem Zahn der Zeit zum Trotz seine volle Tragfähigkeit behalten hat. Hätte, um nur ein Beispiel zu wählen, Hunter die Beschreibung der Urethralschanker von Valescus de Taranta und Johannes de Vigo gelesen, er hätte der Lehre von der Syphilis den siebenzigjährigen oft erbitterten Kampf um die Identitätslehre erspart. Die Thatsache nun, dass das Aussehen der durch die Syphilisinfection bedingten Geschwüre wesentlich nach der Textur variirt, war schon lange bekannt. So lesen

wir bei Alquié[36]): „Die Diagnostik der Ulcerationen an den Geschlechtsorganen ist nicht blos durch die zu weit getriebenen Ideen der Alten über die Natur aller venerischen Krankheiten, sondern auch durch die zahlreichen Unterscheidungen erschwert worden, die man zwischen den syphilitischen Geschwüren selbst hat machen wollen . . . Irrthümer dieser Art haben auch in der durch die anatomische Lage des Geschwüres herbeigeführten Veränderung ihren Grund. So ist ein Geschwür an der Eichel im Allgemeinen abgerundet, ausgehöhlt, indurirt; auf einer weichen Haut und einem laxen Zellgewebe hingegen ist der Grund erhabener, die Ränder überragen das Niveau der angrenzenden Gewebe, die Basis ist hart, umschrieben und bildet zuweilen eine Art von beweglichem Nodus . . ., auf der Basis der Ruthe ist der Schanker oberflächlich, breit u. s. w."

Bei Colles[37]) finden wir die folgenden Stellen: „Hat der Schanker aber am Rande der Vorhaut gesessen, so rührt die Härte lediglich von der lockeren Structur des Theiles her . . . Ich will jetzt noch von einigen Eigenthümlichkeiten der Schanker reden, die von dem besonderen Bau der Theile, woran sie sitzen, abhängen. Es ist wohl kaum nöthig, zu sagen, dass die Härte bei Schankern an der Eichel viel geringer ist, als bei denen an der Vorhaut."

Im selben Sinne äussert sich Wallace[38]): „Geschwüre an der Eichelkrone sind sehr zu Induration geneigt. Die pustulösen Schanker auf der gewöhnlichen Cutis, besonders auf dem Hodensack, zeigen häufig den elevirten oder ringförmigen Charakter oder beides. Die auf der Eichel erheben sich niemals . . . Die Basis des primären exanthematischen Geschwüres hat oft eine steinige Härte. Die Varietät kann man die indurirte nennen; sie zeigt sich oft an der Präputialseite der Vorhaut, wo sie eine knorpelicht aussehende, feuchte Stelle bildet, die zwischen Daumen und Zeigefinger gefasst, sich äusserst hart anfühlt. An der Mündung der

---

[36]) Alquié, Ueber die Experimentalinoculationen der vener. Krankheiten; Behrend, Syphilidologie I. 1839, S. 209.

[37]) Colles, Praktische Bemerkungen über die vener. Erkrankungen; übers. von F. A. Simon. 1839.

[38]) Wallace, Ueber die Natur der Syphilis. Behrend, Syphilidolog. I — III.

Vorhaut zeigt das primär exanthematische Geschwür eine oft auffallende Härte . . . Ein ähnlicher Gegenstand von Verhärtung begleitet bisweilen das primäre Exanthem, wenn es an der Mündung der Harnröhre seinen Sitz hat. Sitzt es aber auf der Eichel oder sonst wo auf der Haut des Penis, so zeigt es niemals, so weit ich zu beobachten Gelegenheit gehabt habe, eine bedeutende Induration."

Huguier[39]): „Ulcus induratum . . . Diese Art des Schankers zeigt sich gewöhnlich am Rande der Vorhaut, an der corona glandis, auf den Rändern der grossen Schamlippen, sowie auf denen der kleinen."

Ebenso hebt Desruelles[40]) hervor, dass Form und Verlauf der Geschwüre wesentlich vom Sitz abhängen.

Butcher[41]): „Ferner hängt sehr viel von der Structur der Theile ab, so dass nach einer und derselben Ansteckung . . . das danach auf der Eichel entstehende Geschwür ganz andere Charaktere zeigt, als das Vorhautgeschwür." Berichtet auch über einen Fall, wo zwei Männer von derselben syphilitischen Frau angesteckt wurden. Bei dem einen derselben entstand ein echter Hunter'scher Schanker, bei dem anderen ein leichtes oberflächliches Geschwür, Beide aber bekamen Consecutiva.

Herbert Mayo[42]): „Venerische Geschwüre, die der Beschreibung Hunter's entsprechen, finden sich auf der Eichelkrone und an der inneren und äusseren Fläche der Vorhaut . . . Schanker der Schleimmembranen, der männlichen Harnröhre, der Scheide, der Schamlippen sind gewöhnlich von sehr unbedeutender . . . Verhärtung begleitet."

Ganz derselben Ansicht ist auch Skey[43]). William Acton[44])

---

[39]) Huguier, Ueber die Schanker beim Weib. Behrend, Syphilid. V. 1844.

[40]) Desruelles, Darstellung und Behandlung der ven. Krankheiten. Behrend, Syphilid. V. 1844.

[41]) Butcher, Schanker und deren Folgen. Dublin med. Presse and Journal 1845.

[42]) Herbert Mayo, Abhandlung über die Erkenntniss u. Behandlung der Syphilis. Behrend, Syphilid. VI.

[43]) Skey, Darstellung der vener. Krankheiten. Behrend, Syphilidol. VII. 1845.

[44]) Acton, Ueber die Ursache des verhärteten Schankers. Lancet 1846.

hebt hervor, dass die Verhärtung keine nothwendige Folge der Syphilis ist. Am häufigsten kommt sie an Stellen vor, wo das darunter liegende Zellgewebe sehr locker ist, so auf der Vorhaut."

Auch Hölder[45]), Bassereau[46]), Sperino[47]), Simon[48]) heben hervor, dass die Induration nach dem Sitze variirt, insbesondere aber an der Glans fehlt oder nur undeutlich ist.

Holmes Coote[49]) macht das Zustandekommen der Induration vollends vom Gewebe abhängig. Es komme dieselbe nur bei Geschwüren vor, welche auf lockerem Gewebe sitzen, wie auf der Vorhaut, den Schamlefzen. Auf der Eichel indurire wegen des dichten Gewebes kein Schanker. Am auffallendsten sei diese Thatsache bei Schankern, welche zur Hälfte auf der Vorhaut, zur Hälfte auf der Eichel sitzen. Erstere indurire, letztere bleibe weich.

Diese Ansicht theilen auch Hübbenet[50]), Fournier-Ricord[51]), Musset[52]).

Köbner[53]): „Von dem sehnig verdickten Frenulum, dem dünnen, kartenblattähnlichen Scheibchen an der glans, am Dorsum und der facies inferior penis, der lamina interna praeputii und der Nymphen, zu dem mehr schwammigen aber dickeren Geschwürswall an der äusseren Vorhautlamelle, den grossen Labien, der Clitoris, unteren Wand der weiblichen Harnröhre, Lippenschleimhaut, papillae mammales bis zu der . . . knorpeligen Induration an der Insertionsstelle der inneren Vorhautlamelle herrschen zahlreiche Uebergänge. Gerade am letzteren Orte springt der Einfluss der Localität sehr in die Augen. Geschwüre nämlich, welche sich

---

[45]) Hölder, Lehrbuch der vener. Krankheiten. Stuttgart 1851.

[46]) Bassereau, Traité des malad. de la peau, symptom. de la Syphilis. Paris 1852.

[47]) Sperino, La sifilissazione. Torino 1853.

[48]) Simon, Syphilis in Virchow's spec. Path. u. Therap. II. 1. 1855.

[49]) Holmes Coote, A report upon some of the more important points connected with the treatment of syphilis. London 1857.

[50]) Hübbenet, Die Beobachtung und das Experiment in d. Syphilis. Leipzig 1859.

[51]) Fournier-Ricord, Leçons sur les chancre. Paris 1860.

[52]) Musset, Ueber den Schanker. Behrend, Syphilid. Neue Reihe. II. 1860.

[53]) Köbner, Experimentelle Mittheilungen. Erlangen 1861.



von der Uebergangsfalte des Präputium auf die Glans erstrecken, zeigen dort exquisite Härtegrade, welche sich bis zu dem auf dem Rücken der Eichel sitzenden Theile hin immer mehr verringern oder verlieren können."

Der gleichen Ansicht sind ferner Boeck[54]), Melchior Robert[55]), Ricord[56]), Langlebert[57]), Michaelis[58]).

Ganz ebenso lesen wir bei Auspitz[59]): „Die Indurationen kommen ferner am häufigsten und in dichtester Form gerade an bestimmten Stellen des Körpers, als dem männlichen Gliede und den Lippen des Mundes vor . . ."

Voller Beachtung werth sind die Aeusserungen Clerc's[60]) über diese Frage, die ich daher ausführlicher mitzutheilen mir erlaube: „Le siége du chancre a une grande influence sur la production de l'induration. — Chez l'homme les chancres infectants les plus indurés, ceux qui nous offrent le plus sonvent ces indurations en plaques, si bien circonscrites, si épaisses, sont ceux, qui ont leur siége sur la muqueuse préputiale et surtout sur la partie de cette muqueuse située en arrière de la couronne du gland, dans le sillon glando-préputial. Ces chancres sont ceux aussi qui nous ont offert les indurations les plus précoces c'est-à-dire les mieux formulées à une époque très-rapprochée du début du chancres et, chose singulière, la plupart des indurations dont la durée est parfois si longue, appartiennent à cette même région.

L'influence du siége du chancre infectant sur l'induration est surtout évidente dans les cas où un chancre repose sur des tissus hétérogènes. Ainci il n'est pas très-rare de voir le chancre infectant du sillon glando-préputial s'étendre sur le gland. Dans ce cas l'induration est toujours plus forte sur la portion préputiale du chancre que sur la portion balanique. Mais c'est surtout lorsqu' il existe sur un même malade des chancres infectants simultanés

[54]) Boeck, Recherches sur la syphilis. Christiania 1862.
[55]) M. Robert, Traité des mal. vénér. Paris 1862.
[56]) Ricord, Lettres sur la syphilis. Paris 1863.
[57]) Langlebert, Traité des mal. vénér. Paris 1864.
[58]) Michaelis, Compendium der Lehre von der Syphilis. Wien 1865.
[59]) Auspitz, Die Lehren vom syphilit. Contagium. Wien 1866.
[60]) Clerc, Traité pratique des mal. vénér. Paris 1866.

(c'est-à-dire contractés à la même source et dans le même temps), siégeant sur des régions différentes, que le contrast est frappant entre ces chancres aù point de vue de leur induration: Nous avons maintes fois observé des malades portant un chancre du gland, être atteins en même temps de chancres infectants du prépuce, ou du sillon glando-préputial. L'induration avait ses caractères pathognomoniques sur les chancres de la muqueuse préputiale, elle était douteuse ou peu marquée sur le chancre du gland, chancre appartenant à la même contagion, s'étant manifesté très-exactement à l'epoque des chancres préputiaux. D'autre fois un même malade porte un chancre infectant du sillon, et un chancre infectant sur le fourreau de la verge: le premier est induré type; dans l'autre l'induration est faible on douteuse. Même chose a lieu chez la femme. On voit parfois chez elle des chancres infectants multiples et disséminés, présenter des indurations si différentes que l'on hésiterait à les attribuer à la même contagion sans les renseignements précis fournis par les malades.

Les chancres infectants qui ont leur siége sur les membranes muqueuses sont généralement plus indurés que les chancres de la peau. Il n'est pas rare de voir des chancres de la verge, du scrotum, de la peau des cuisses etc. être suivis d'infection constitutionelle et ne présenter que des indurations fort douteuses."

In ganz demselben Sinne lauten auch die Angaben von Berkeley Hill [61]), Morgan [62]), Bumstead [63]), Fournier [64]), Lancereaux [65]), Boeck [66]), Bäumler [67]), Belhomme et Martin [68]), Lindwurm [69]).

---

[61]) Berkeley Hill, Syphilis and local contagions disorders. 1868.

[62]) Morgan, On the duality of venereal sores. Med. Times and Gaz. 1870.

[63]) Bumstead, Pathology and treatment of venereal diseases. Philadelphia 1870.

[64]) Fournier, Syphilis chez la femme. Paris 1873.

[65]) Lancereaux, Traité de la Syphilis. Paris 1873.

[66]) Boeck, Erfahrungen über Syphilis. Stuttgart 1875.

[67]) Bäumler, Syphilis in Ziemssen's Handb. III. 1876.

[68]) Bellhomme et Martin, Traité de la Syphilis. Paris 1876.

[69]) Lindwurm, Ueber die Verschiedenheit der syphilit. Krankheiten. Würzbg. med. Zeitschr. 1862.

Cock[70]) betont ebenso, dass Grösse und Dichtigkeit der Induration vom Sitze abhängt. Gestützt auf 1000 Fälle von Schanker gibt er an, die syphilitische Ablagerung sei desto grösser und derber, je reicher an lockerem Zellgewebe der befallene Theil sei. Die ausgebreitetsten und derbsten Verhärtungen fänden sich dem entsprechend am Präputium. An dieses reihen sich, in absteigender Ordnung der Körper des Penis, das Frenulum, die Oberfläche der Glans, die Umgebung der äusseren Harnröhrenmündung. Die Induration in der Eichelfurche ist desto umfangreicher und derber, je mehr sie sich gegen die Anheftung des Präputium erstreckt, desto kleiner und weniger hart, je mehr gegen die Eichel sie reicht.

Verzeichnen wir nun noch die den bisher angeführten Aussprüchen analogen Ansichten Jullien's[71]) und Zeissl's[72]), so glauben wir hinlänglich erwiesen zu haben, dass die klinische Beobachtung fast aller Syphilidologen die Abhängigkeit der Entwicklung der Induration vom Sitze derselben constatirt.

Fragen wir uns nun nach der Veranlassung der ungleichmässigen Entwicklung der Induration, so könnte dieselbe wohl dadurch bedingt sein, dass die Eigenschaften des übertragenen Virus variiren, dasselbe verschieden tief eindringt und so die localen Manifestationen verschieden werden. Diese beiden Möglichkeiten können aber hier nicht in Betracht kommen, weil sie die Gleichmässigkeit, mit der alle Indurationen an gewissen Stellen stets sehr auffallend, an anderen nur undeutlich ausgeprägt sind, nicht zu erklären vermögen. Wir müssen also auf die Textur selbst recurriren und in der That erweisen die eben angeführten Citate, dass die meisten Autoren Verschiedenheiten der Textur für die verschiedene Entwicklung der Induration verantwortlich machen, ohne aber über allgemeine Phrasen von der derberen und lockereren Structur des Bindegewebes und ähnliche vage Vermuthungen herauszukommen.

Werfen wir die Frage auf, wann eine Induration als solche

---

[70]) Cock E. A few remarks on primary syphilit. sores. Gaz. hosp. rep. XXI. ser. III.

[71]) Jullien, Traité pratique des malad. vénér. Paris 1879.

[72]) Zeissl, Lehrbuch der Syphilis. Erlangen 1882.

derb und typisch wahrgenommen wird, so müssen wir dieselbe dahin beantworten, dass dies desto mehr und deutlicher sein wird, je mehr die Induration in die Tiefe dringt, d. h. je mehr sie sich der Knotenform nähert. Dem gegenüber ist die Induration um so undeutlicher, je mehr sie an der Oberfläche bleibt, je mehr sie jene Art von Induration darstellt, die wir als lamellöse, als Pergament- oder Papier-Induration bezeichnen. Wir werden also zunächst die Anatomie der Induration ins Auge fassen und dann die Frage aufwerfen müssen, nach welchen Gesetzen erfolgt die Verbreitung der Induration nach Fläche und Tiefe, was bedingt das Vorschreiten in dieser oder jener Richtung?

Die Antwort auf diese beiden Punkte finden wir in den sorgfältigen anatomischen Untersuchungen von Auspitz und Unna[73]), deren Resultate ich auf Grund einer grossen Reihe selbst vorgenommener Untersuchungen excidirter Sclerosen in jeder Richtung bestätigen kann. Es kann hier nicht meine Aufgabe sein, auf die mikroskopische Anatomie der Initialsclerosen einzugehen, ich will hier nur jene Punkte kurz hervorheben, welche mir für unser Thema von Belang scheinen. Und da ist denn vor Allem darauf hinzuweisen, dass, wie ja auch schon frühere Untersuchungen ergaben, die Sclerose eine kleinzellige Infiltration der Cutis ist, welche von den Gefässen ausgehend, dieselbe durchsetzt und von Wucherungsvorgängen des Epithels und Bindegewebes begleitet wird. Der Nachdruck aber ist darauf zu verlegen, dass die Wucherung nicht nur von den Gefässen ihren Ausgangspunkt nimmt, sondern diese selbst auch in der Weise activ an dem Processe theilnehmen, dass als Einleitung und erstes Symptom der sich bildenden Sclerose eine Erkrankung der Gefässwand, Wucherung der Intima, Wucherung der Adventitia, also eine eigenthümliche Art der Endo- und Periarteriitis zustande kommt. „Die Form der Sclerose hängt somit von der präexistirenden Vertheilung der Blutgefässe in der Haut ab.“ (Auspitz und Unna). Nachdem ich somit die Thatsache, dass Circulationsverhältnisse, Verlauf und Vertheilung der Blutgefässe für die Form und

---

[73]) Auspitz und Unna, Die Anatomie der syphilit. Initialsclerose. Diese Vierteljahrsch. 1877, 161. — Unna. Weitere Beiträge zur Anatomie der Initialsclerose. Ibid. 1878.



Verbreitung der Sclerose massgebend sind, als feststehend ansehen konnte, erachtete ich es als meine weitere Aufgabe, mich über die feineren Verhältnisse der Blutgefässvertheilung jener Stellen zu instruiren, die gerade am häufigsten Sitz von Sclerosen sind. Nachdem die bisherigen Angaben, wie sie die anatomischen Handbücher und Monographien darbieten, über die Vascularisationsverhältnisse der Bedeckung des Genitale, soweit diese unsere Frage betreffen, keinen genügenden Aufschluss geben, ergriff ich dankbar und freudig die Gelegenheit, die mir durch die besondere Güte des Herrn Hofrath Ritter v. Langer geboten wurde, in seinem Laboratorium, unter seiner gütigen Anleitung die Anatomie des Genitales studiren zu dürfen. Ich wählte zunächst das männliche Genitale, da gerade die Glans mir den meisten Aufschluss versprach. Trifft man doch gerade hier, was Induration betrifft, die grössten Contraste dicht neben einander. Den knotigen Derbheiten am sulcus coronarius und der corona glandis einerseits, am orificium urethrae anderseits, stehen die flachen, pergamentartigen Indurationen an dem Mittelstück der Glans gegenüber, ja gerade hier sitzende „weiche Geschwüre" werden nicht selten von Allgemeinsyphilis gefolgt. Die Resultate dieser Untersuchungen sind an anderem Orte [74]) niedergelegt, ich hebe hier nur das für unsere Frage Wichtige heraus.

Das corpus cavernosum glandis ist von einer Cutis gedeckt, die einerseits am orificium urethrae in die Schleimhaut der urethra übergeht, anderntheils die corona glandis, den sulcus coronarius überzieht und sich als innere Lamelle auf das Präputium überschlägt. Diese Cutis besteht von aussen nach innen zunächst aus Hornschichte, Malpighi'scher Schichte, einem feinverfilzten Stratum papillare, dem stratum reticulare, das aus Bindegewebs- und elastischen Fasern besteht, die alle die Zugrichtung vom sulcus coronarius gegen das orificium urethrae haben. Die Cutis glandis besitzt keinerlei weder Talg- noch Schweissdrüsen. Die einzigen Niveaudifferenzen sind Crypten, einfache Impressionen der Cutis, die an der Glans und dem sulcus coronarius nur flachmuldenförmig sind, dagegen zu beiden Seiten vom Frenulum zwei

[74]) Finger E. Beitrag zur Anatomie des männlichen Genitale. Sitz.-Ber. der k. Akad. d. Wissensch. Bd. XC. Abth. III. Nov. Heft 1884 und diese Vierteljahresschrift 1885, Heft I.

schlauchförmige Fortsätze der Cutis darstellen, die Tyson'schen Drüsen, die aber eben nicht von Drüsenparenchym, sondern nur von Cutis, Horn- und Malpighi'scher Schichte, Papillen der Cutis umkleidet sind. Das sebum praeputiale ist nur durch stärkere Desquamation der Hornschichte bedingt. Nachdem das stratum reticulare, das sonst an der übrigen Haut, verschiedene Talg- und Schweissdrüsen mit ihren Capillarnetzen eingebettet enthält, hier keine drüsigen Adnexe darbietet, so stellt es, da es kein eigenes Capillarnetz besitzt, an der Glans eine gefässlose Schichte dar, die über dem corpus cavernosum selbst lagert und nur von wenigen, gegen das stratum papillare tendirenden Gefässen durchzogen wird. Dieses Verhältniss wird um so auffallender, als die Zahl der Gefässe des stratum papillare selbst wieder gering ist, jedes einzelne derselben aber einen grossen Verbreitungsbezirk besitzt. Jeder einzelne dieser Gefässbäume hat grosse Aehnlichkeit mit einer Pinie. Ein schlanker Gefässstamm, der das stratum reticulare senkrecht durchbricht, im stratum papillare angelangt, sich in eine Reihe horizontaler Gefässe auflöst, die oft nach langem horizontalen Verlauf spitzwinklig in die einzelnen Papillen Schlingen abgeben. Die Folge davon ist, dass wir auf Durchschnitten durch die Cutis einer gut injicirten glans penis zwei scharf geschiedene je $1-1^1/_2$ Mm. breite, oft noch breitere Schichten sehen. Eine äussere sehr gefässreiche und eine innere ganz gefässlose, nur von wenigen Stämmchen gekreuzte Schichte. Wenn sich nun eine Sclerose an der Cutis glandis entwickelt, so wird sich zunächst die Endarteriitis an den Gefässen des stratum papillare entwickeln und entsprechend dem horizontalen Verlaufe derselben sich auch die Sclerose nach der Fläche fortschieben, und nur dort in die Tiefe gehen können, wo ein Gefässstämmchen das stratum reticulare durchbohrt, was eben nur äusserst selten der Fall ist. Es wird sich also eine Pergamentsclerose entwickeln, die flächenförmige Infiltration nur tastbar sein, die wenigen zapfenförmigen Fortsätze in die Tiefe unserem groben Tastsinn entgehen. Oft sind aber die beiden Schichten der Cutis glandis ungemein schmal, $^1/_2$ Mm. und darunter breit. Dann ist es durchaus nicht ausgeschlossen, dass eine solche Induration, trotzdem sie anatomisch wohl charakterisirt ist, für unseren Tastsinn unter die Grenze des fühlbaren tritt, wir also die betreffende Stelle für „weich" erklären.



Wesentlich anders ist die Gefässvertheilung am orificium urethrae, der corona glandis und dem sulcus coronarius. Hier treten ganze Büschel spitzwinkelig getheilter Gefässe in grosser Zahl durch das stratum reticulare in das stratum papillare ein, wo sie nur kleine Verbreitungsbezirke besitzen, wenige Papillen mit Schlingen versorgen. Hatten die Gefässbäume am Mittelstück der Glans Aehnlichkeit mit Pinien, so können die am orificium urethrae, der corona glandis und dem sulcus coronarius sehr wohl mit Pappeln oder Cypressen verglichen werden, deren Krone an der breitesten Stelle horizontal abgeschnitten ist. Die Zahl der Gefässstämmchen, die vom stratum papillare durch das stratum reticulare in die Tiefe zieht, ist sehr gross und entwickelt sich hier eine Sclerose, kommt es hier zur Gefässerkrankung, so werden so viele Stränge in die Tiefe ziehen, das Bindegewebe zwischen diesen so bald durchwuchert und sclerosirt, dass die Induration sehr rasch gegen die Tiefe vorschreiten und eine trichterförmige, oder da wir die sich verjüngende Induration nur bis zu einem gewissen Grade fühlen, eine knotenförmige Gestalt annehmen. Insbesondere dicht wird dieser Knoten in der Frenularnische, in der Gegend der Tyson'schen Drüse. Diese bietet nämlich dieselbe Gefässvertheilung, wie die Corona und der sulcus coronarius dar, nur dass die Sclerosen um den Schlauch, den die Drüse darstellt, herumgehen und so Röhren- oder Napfform erhalten können, also beim Tasten dann stets doppelt gefühlt werden. Endlich sind, wie es mir nachzuweisen gelang, im stratum reticulare des sulcus coronarius, besonders reichlich in der Frenularnische Lymphfollikel verstreut, zu denen ziemlich weite Lymphgefässe ziehen. Ich glaube keine gar zu gewagte Vermuthung auszusprechen, wenn ich die Ansicht vertrete, dass die eigenthümlichen hirsekorngrossen Knötchen, wie sie in der Nachbarschaft einer Sclerose der Corona oder des Sulcus, in letzterem zu fühlen sind, auf Induration dieser Follikel zurückzuführen seien, sowie diese Lymphknoten, wenn sie in den Indurationsprocess selbst einbezogen sind, zur Steigerung der Verhärtung das ihrige beitragen mögen. Und so ist denn die scheinbar so räthselhafte Verschiedenheit der Indurationen auf ihre anatomische Grundlage zurückgeführt und nur wieder die Erfahrung bestätigt, eine Erfahrung, die jeder denkende Arzt selbst natürlich findet, dass ein Symptom stets trügerisch ist und es

fehlerhaft ist, auf ein Symptom allein ein System zu gründen, ebenso fehlerhaft, wie das Fehlen eines Symptomes schon als Beweis gegen die Richtigkeit des Systems anzuführen, ein Fehler, den Ihr Euch Alle, meine Herren Unitarier und Dualisten zu Schulden kommen liesset.

Nachdem wir im Vorhergehenden nachgewiesen haben, dass die Induration kein constantes Symptom des syphilitischen Initialaffectes ist, dass ihr Zustandekommen vielmehr von anatomischen Verhältnissen, vor Allem von der Vertheilung und dem Verlauf der Blutgefässe abhängt, und die Möglichkeit betont haben, dass einem anatomisch sehr wohl als syphilitischen Initialaffect charakterisirten Infiltrat, doch das Symptom der Härte fehlen kann, schreiten wir an die Beantwortung der zweiten uns Eingangs gestellten Frage:

II. Wenn die Induration also auch schon kein constantes Symptom des Initialaffectes ist, vielleicht ist sie aber doch ein Symptom, das nur dem Initialaffecte allein zukommt?

Könnten wir diese Frage bejahen, so läge der Werth der Induration auf der Hand. Wir könnten aus ihrem Vorhandensein die Diagnose „syphilitischer Initialaffect“ mit Sicherheit stellen, wenn auch ihr Fehlen uns nicht erlauben würde, die Diagnose „syphilitischer Initialaffect“ mit Sicherheit auszuschliessen. Leider können wir auch diese Frage nicht bejahen, wir müssen vielmehr wahrheitsgemäss constatiren, dass uns eine Reihe verschiedener, von der Initialsclerose differenter Processe bekannt ist, die eine Induration darbieten können, die auch der geübteste Finger von der des syphilitischen Initialaffectes nicht zu unterscheiden vermag. Gehen wir diese Processe der Reihe nach durch, so müssen wir zuerst anerkennen, A. dass die verschiedenen Formen constitutioneller Syphilis oft Indurationen darbieten können, die sie dem Primäraffecte sehr ähnlich machen.

a) Secundäraffecte, sei es im Genitale, sei es an anderen Stellen der Haut und Schleimhaut, besonders bei längerem Bestande, und wenn sie vernachlässigt, durch Unreinlichkeit und ihr eigenes sich zersetzendes Secret irritirt oder aber mit Causticis,



Solutio Plenkii, Sublimatlösungen behandelt werden, induriren oft ganz auffallend. Fournier[75]) beschreibt eine „secundäre Induration" der Papeln am Genitale der Weiber, die sich bei längerem Bestande derselben allmählich entwickelt, von der typischen Induration des Schankers nicht zu unterscheiden ist.

b) Tertiäraffecte, am Genitale insbesondere, können nach der allgemein verbreiteten Ansicht, der ich aus eigener Erfahrung mich anschliesse, ebenso Derbheiten und derbe Geschwüre darstellen, die dem syphilitischen Initialaffect täuschend ähnlich sein können, und die Differenzialdiagnose oft erst aus der weitgehendsten Berücksichtigung aller Verhältnisse, und der Untersuchung des Gesammtorganismus, oder selbst erst aus dem Verlaufe gestellt werden kann.

c) Ja die constitutionelle, wenn auch latente Syphilis des Individuums vermag sich auch so zu äussern, dass dieselbe zur Verhärtung anderweitiger, nicht mit der Syphilis zusammenhängender Affectionen Veranlassung gibt. Tarnowsky[76]) hat auf die Thatsache zunächst aufmerksam gemacht, dass bei syphilitischen Individuen verschiedene, besonders ulceröse Affecte nichtsyphilitischer Natur in der Weise induriren, dass sich bei genügend langem Bestande, an der Basis derselben ein syphilitisches Infiltrat entwickelt. Er hat, um dieses zu beweisen, bei Luetischen verschiedene Irritationen, insbesondere aber Cauterisationen der Haut vorgenommen, unter denen und um welche sich syphilitische Infiltrate entwickelten. Gleiche Resultate haben auch Gay[77]), Rieger[78]) erzielt. Ebenso habe ich[79]) Fälle mitgetheilt, in denen an der Basis von Furunkeln bei Syphilitischen sich ähnliche „Reizinfiltrate" entwickelten. Die Beobachtungen von Gamberini[80]), Köbner[81]), Rinecker und Rieger (Vierteljahrsschrift f. D. u. S. 1881, S. 211) sprechen

---

[75]) Fournier, Syphilis chez la femme. Paris 1873.

[76]) Tarnowsky, Syphilis und Reizung. Diese Vtljhschr. 1877.

[77]) Gay, Syph. u. Reizung. Ibid. 1879.

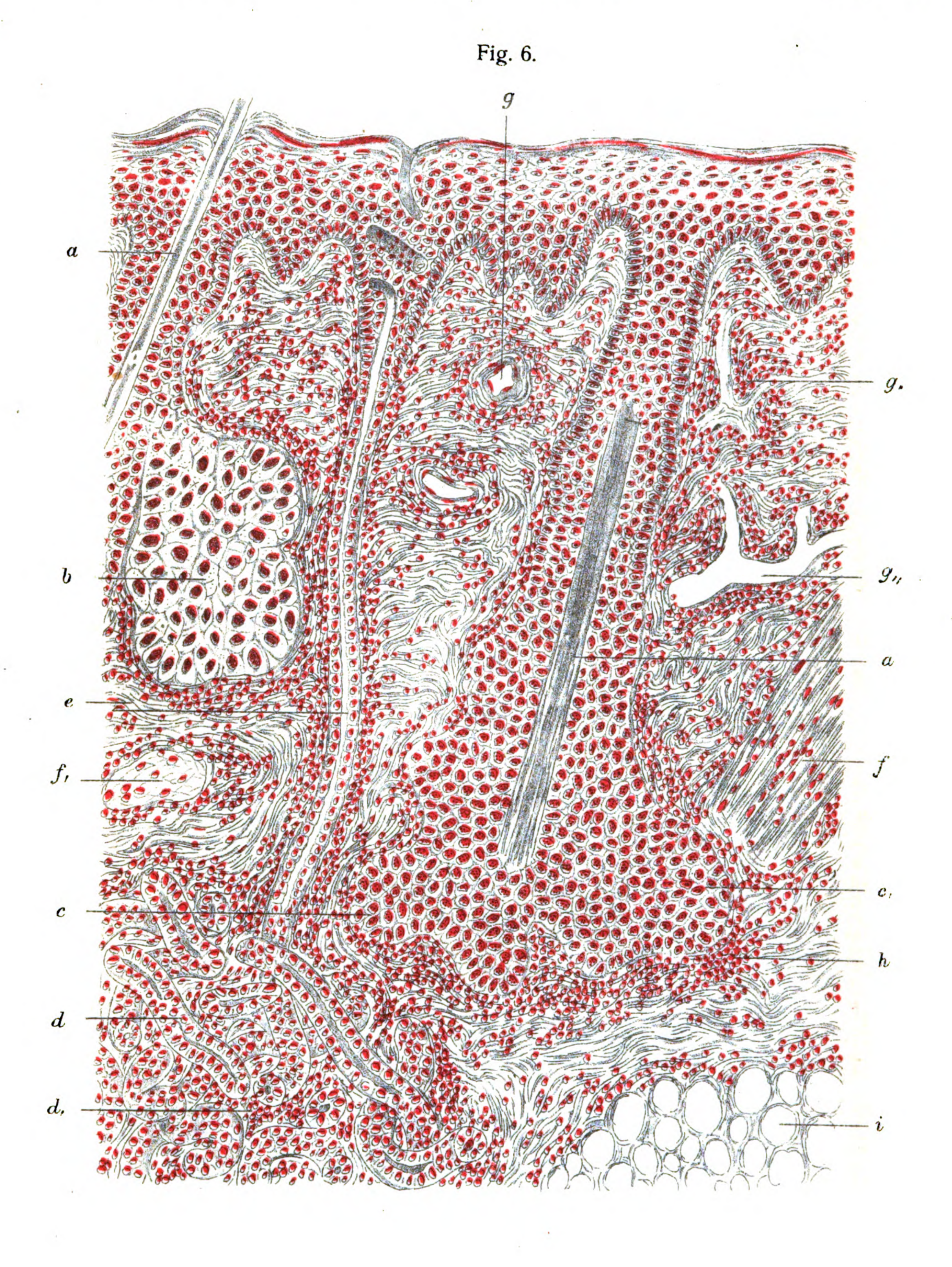
[78]) Rieger, Ueber Schanker und Schankroid. Ibid. 1881.

[79]) Finger E. Ueber Syphilis und Reizung. Prager med. Wochenschrift 1881.

[80]) Gamberini, L'Imparciale 1865.

[81]) Köbner in Palmer's Inaug.-Dissert. Dresden 1869.

Fig. 6.



EUMANN: Histolog. Veränd. bei den Hautsyphiliden.

Druck v. Sinsel & Co., G. m. b. H., Oetzsch - Leipz

ferner dafür, dass bei der Vaccination hereditär-syphilitischer Kinder auch an der Basis von Vaccinepusteln sich ähnliche Infiltrate und durch Zerfall derselben Geschwüre entwickeln. Ebenso bekannt ist ja die Thatsache, dass, wenn man an bereits constitutionell-syphilitischen Individuen Circumcisionen oder andere Operationen vornimmt, die Wunde oft per primam heilt, aber nach einigen Tagen, auch wenn man vollkommen im Gesunden operirte, sich in der Narbe Infiltrate bilden, die den Zerfall derselben bedingen können. Ebenso wie andere Wunden, verhalten sich auch die weichen Schanker an Syphilitischen. Auch an diesen kann, wie insbesondere Neumann[82]) hervorgehoben hat, die Entwicklung eines syphilitischen Infiltrates eine Induration produciren, so dass man dieselben für neue Sclerosen, also Reinfectionen halten könnte und auch, wie Neumann's Besprechung der bisherigen Fälle von Reinfection zeigt, vielfach gehalten hat. Auch Fournier[83]) und Bäumler[84]) weisen auf dieselbe Thatsache hin.

B. Aber auch nichtsyphilitische Affectionen gesunder, nichtsyphilitischer Individuen können oft eine auffallende Derbheit annehmen, die, wenn noch Ulceration und der Sitz am Genitale hinzukommen, die Differenzialdiagnose vom syphilitischen Initialaffect wesentlich erschweren oder unmöglich machen.

a) Einmal sind es Neubildungen verschiedener Art. Lupus, Carcinom. Geber[85]) berichtet über zwei sehr interessante Fälle, in denen Epitheliome Initialaffecte vortäuschten.

b) Auch traumatische Läsionen können oft auffallende Induration darbieten.

Die ältere und neuere Literatur hält reichliche hierhergehörige Angaben. So lesen wir bei Bonorden[86]): „Die Geschwüre, welche der Sublimat als Aetzmittel angewendet, erzeugt, sehen dem Hunter'schen Schanker vollkommen ähnlich, hinterlassen

---

[82]) Neumann, Ueber Reinfectio syphilitica. Wien. med. Pr. 1884.

[83]) Fournier, Pseudochancre induré. Arch. génér. 1868.

[84]) Bäumler, Syphilis in Ziemssen's Handbuch 1876.

[85]) Geber, Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Epitheliem. Wr. med. Presse 1871.

[86]) Bonorden, Syphilis 1834.

auch eben solche vertiefte Narben. Versuche, die ich an mir selbst machte, haben mich von der Wahrheit dieses Factums vollkommen überzeugt."

Oesterlen[87]) hebt hervor, dass gewisse Caustica und Escharotica, wenn sie auch auf ganz einfache oberflächliche Ulcerationen, Excoriationen oder phlegmonöse Abscesse gebracht werden, an diesen viele von den Charakteren erzeugen können, welche man als bezeichnend für die syphilitischen ansieht.

Alquié[88]) erzählt folgenden Fall, den ich seines Interesses wegen ausführlicher mittheile: Bei einem Mittagmahle fiel die Unterhaltung auf venerische Krankheiten und auf die Ideen der Neueren über diesen Gegenstand. Als wir die Behauptung aussprachen, dass man sich über die eigentliche Natur der an den Geschlechtsorganen befindlichen Ulcerationen sehr wohl täuschen könne, und dass eine grosse Anzahl unter ihnen nicht syphilitischer Natur wäre, erhob sich ein fast allgemeines Geschrei gegen uns und einer der Gäste, M. B . . ., meinte sogar, dass man mit etwas Uebung nie irre gehen könne. Vierzehn Tage waren verflossen, als ein Militär, 38 Jahre alt, der an Krätze und an einer Verwachsung der Vorhaut mit der Eichelkrone in Folge von vor 5 Jahren gehabtem Schanker litt, uns bat, die Verwachsung zu lösen, was wir mit einem scharfen Bistouri alsbald thaten. Die daraus entstehende Wunde war sehr einfach, aber die Basis derselben ward 3 Tage nachher der Sitz einer sehr merklichen Verhärtung. Wir gingen deshalb zogleich zu M. B . . ., dessen Meinung der unserigen so sehr entgegengesetzt war, und baten ihn, seinen Ausspruch über eine zweifelhafte Ulceration abzugeben. „Es ist ganz klar," antwortete er, nachdem er die Theile untersucht hatte, „es ist ein Schanker, der durch Mercurialmittel behandelt werden muss." — „Wir müssen Ihnen nur gestehen," sagten wir darauf zu M. B . . . ., „dass diese Ulceration nur das Resultat einer kleinen Operation ist, welche wir vor ungefähr 4 Tagen gemacht haben, um eine Verwachsung der Vorhaut mit

---

[87]) Oesterlen, Historisch-kritische Darstellung über den Streit über die Einheit oder Mehrheit des venerischen Giftes. Stuttgart u. Augsb. 1836.

[88]) Alquié, Ueber die Experimentalinoculation. Behrend, Syphilid. I. 1839.

der Eichel zu lösen." — Nachdem B .... von seinem Erstaunen zu sich gekommen war, sagte er: „Da diese Verwachsungen aber die Folge von Schankergeschwüren waren, so habe ich mich doch nicht geirrt." — „Diese Schanker," erwiderten wir, „sind schon seit 5 Jahren geheilt." — „Das thut nichts," fügte er hinzu, „ich behaupte dennoch, dass dieser Kranke am Schanker leidet und einer mercuriellen Behandlung unterworfen werden muss." — Um zu einer sicheren Ueberzeugung zu gelangen, machten wir darauf die Inoculation der von dieser Wunde abgesonderten kleinen Quantität Eiter und weder Schanker, noch die geringste Ulceration war die Folge davon. Natürlich vernarbten die Wunden an der Ruthe ebenso rasch, wie ganz gewöhnliche Wunden. Ganz ebenso bemerkt Acton[89]): „Wenn nun aber auch ein primäres syphilitisches Geschwür allerdings eine eigenthümliche Physiognomie darbietet, so ist es doch nicht zu läugnen, dass auch andere Geschwüre, die nicht syphilitisch sind, ganz wie wirkliche Schanker aussehen; man darf nur z. B. etwas Sublimat zwischen Vorhaut und Eichel bringen, so wird ein Geschwür entstehen, welches dem Aussehen nach vom Schanker nicht zu unterscheiden ist."

Carmichael[90]) hat oft Ulcera als wahrhaft Hunter'sche Schanker bezeichnen hören, die in der Umgebung nur jene Anschwellung darboten, die auch das einfachste Geschwür, wenn es mit rothem Präcipitat und ähnlichen Reizmitteln behandelt wird, annimmt.

Desruelles[91]) sagt: „Unreinlichkeit, Beischlaf mit einer Frau, die menstruirt oder an Leucorrhöe leidet, Application von Aetzmitteln, von gewissen Medicamenten, Verbrennungen, können alle möglichen Formen von Geschwüren, selbst den Hunter'schen Schanker nicht ausgenommen, hervorbringen. Man lasse einen Gran Sublimat 12—36 Stunden zwischen Vorhaut und Eichel liegen und man wird ein Geschwür erhalten, das scharf abgeschnittene

---

[89]) Acton, Ueber die vener. Krankheiten. Behrend, Syphilidol. III. 1841.

[90]) Carmichael, Vorlesungen über die syphilitischen Krankheiten. Behrend, Syphilidol. V. 1844.

[91]) Desruelles, Briefe aus dem Vâl de Grace. Behrend, Syphilid. VI, 1845.

Ränder, harte Basis, speckigen Grund darbietet, welches der geübteste Praktiker nicht vom wahren Schanker unterscheiden kann." Und deshalb, weil eben solche einfache Geschwüre von wahren Schankern nicht zu unterscheiden sind, haben die Anhänger der physiologischen Schule, zu denen ja auch Desruelles zählte, den Schanker seiner Specificität entkleidet und den einfachen Geschwüren gleichgestellt, ein sehr instructives Beispiel, wohin man kommt, wenn man das Dogma der Infallibilität unserer noch sehr fehlerhaften Untersuchungsmittel aufstellt, und Alles, was man nicht differenziren kann, gleich für identisch erklärt!

Sperino[92]) hebt hervor, dass Geschwüre an den Augenlidern, auch wenn sie in gar keinem Zusammenhange mit Syphilis sind, oft eine gewisse Härte darbieten.

Sigmund[93]) vertritt dieselbe Ansicht: „Es kommen Geschwüre und Narben mit hartem Grunde vor, welche die weitere Erkrankung des Drüsensystems, wie der syphilitische Schanker, und allgemeine Syphilis nicht zur Folge haben. Derlei Verhärtungen bilden sich in der Vorhaut, an den äusseren Bedeckungen des Gliedes und am Hodensack, besonders nach Aetzungen und überhaupt bei langsamer, schleppender Vernarbung, zumal bei anämischen Individuen, selbst nach einfachen Verletzungen, und von der Härte allein auf den Charakter des Geschwüres und die Folgen einerseits, andererseits zurück auf ein echt syphilitisches Contagium zu schliessen, wäre schwer gefehlt."

Ganz ebenso constatiren M. Robert[94]), Ricord[95]), Bumstead[96]), Bäumler[97]), dass gewisse Caustica, wie Sublimat, Plumbum aceticum, Chromkali, Tannin, Alaun, Alkohol am Genitale Indurationen und indurirte Geschwüre hervorbringen können, die von syphilitischen nicht zu unterscheiden sind.

Sehr interessant ist auch in der Beziehung der Bericht des

---

[92]) Sperino, La sifilissazione. Torino 1853.

[93]) Sigmund, Ueber Verschiedenheit der Ansteckungsstoffe. Mediz. Jahrbücher 1861.

[94]) M. Robert, Traité des malad. vénér. Paris 1862.

[95]) Ricord, Lettres sur les syphilis. Paris 1863.

[96]) Bumstead, Pathology and treatment of venereal diseases. Philadelphia 1870.

[97]) Bäumler, Syphilis in Ziemssen's Handbuch 1876.

belgischen Stabsarztes Brocq (Annal. d. Dermat. et de Syphil. 1880). Einige Recruten zogen sich, um vom Militärdienste loszukommen, mittels heisser Cigarren- und Pfeifenasche Verbrennungen an der Glans zu. Es bildeten sich elevirte, äusserst derbe Geschwüre, die ganz Schankern ähnlich waren, auch für solche so lange gehalten wurden, bis man auf die wahre Ursache kam. Manchmal schwoll auch eine oder die andere Drüse in der Leiste schmerzhaft an.

c) Ganz ebenso können auch weiche Schankergeschwüre, wenn dieselben irritirt oder cauterisirt werden, eine Derbheit ihrer Basis annehmen, die leicht für die syphilitische Induration imponiren kann. Auch diese Thatsache wird von den Syphilidologen allgemein anerkannt und führen Wallace[98]), Simon[99]), Fournier-Ricord[100]), Michaelis[101]), Clerc[102]), Langlebert[103]), Berkeley Hill[104]), Bäumler[105]) einschlägige Beobachtungen an.

d) Ganz in derselben Weise können aber auch in Folge von vernachlässigtem Herpes progenitalis, sowie in Folge von Balanitis sich Erosionen entwickeln, die entweder in Folge der Vernachlässigung allein, oder wenn noch eine Behandlung mit Adstringentien und Causticis hinzukommt, eine oft knorpelige, der syphilitischen täuschend ähnliche Derbheit darbieten. Auch dafür finden sich in den eben angeführten, sowie bei anderen Autoren genügende Belege.

C. Wir haben eben die Thatsache als ziemlich allgemein anerkannt kennen gelernt, dass es gewisse Stellen am Genitale des Mannes und der Frau gibt, an denen sich syphilitische Initialindurationen nicht oder nur rudimentär zu entwickeln vermögen. Minder bekannt ist dem gegenüber die Thatsache, dass es

---

[98]) Wallace, Ueber die Natur der Syphilis. Behrend, Syphilidolog. I, II, III, 1839—1841.

[99]) Simon, Syphilis in Virchow's spec. Path. u. Ther. III. 1. 1855.

[100]) Fournier-Ricord, Leçons sur le chancre. Paris 1860.

[101]) Michaelis, Compendium der Lehre von d. Syphilis. Wien 1865.

[102]) Clerc, Traité pratique des mal. vénér. Paris 1866.

[103]) Langlebert, Traité des maladies vénér. Paris 1864.

[104]) Berkeley Hill, Syphilis and local contag. discorders 1868.

[105]) Bäumler, Syphilis in Ziemssen's Handbuch 1876.



Stellen des menschlichen Körpers sowohl am Genitale, als extragenital, gibt, wo weiche Geschwüre nicht zu bestehen vermögen, sondern jedes Geschwür bald mehr bald minder derb wird, ja auch einfach entzündliche Affecte eine oft bedeutende Derbheit darbieten. Solche Stellen sind am männlichen Genitale der margo praeputii, der sulcus coronarius, besonders die Nachbarschaft des Frenulum, das orificium urethrae, bei Weibern der Rand der grossen und kleinen Labien, bei beiden Geschlechtern die Mundlippen und die Interdigitalfalten. Diese Thatsache ist, wenigstens für manche Localitäten, einigen Autoren nicht entgangen. So schreibt Colles[106]): „Hat der Schanker aber am Rande der Vorhaut gesessen, so rührt die Härte lediglich von der lockeren Structur des Theiles her und von der Adhäsion durch Entzündung in dem dazwischen liegenden Zellgewebe, vermöge der die äussere Haut sich nicht über die innere schieben lässt."

Cooper Forster[107]) verwirft die Bezeichnung harter und weicher Schanker, da er weiche Schanker, z. B. am Präputium kennt, welche härter sind, als die gewöhnlichen harten.

Ebenso lesen wir bei Jullien[108]), dass Schanker am margo praeputii nicht selten sehr derb sind und für syphilitische imponiren.

Endlich schreibt Zeissl: „Auch weiche Schankergeschwüre, welche an der Umschlagstelle des inneren Blattes der Vorhaut, also in der Nähe des sulcus coronae glandis oder in demselben selbst sitzen, pflegen eine solche Derbheit der Textur zu bedingen, dass nur der an klinischer Erfahrung reiche Arzt einer Täuschung entgehen wird, weil er eben weiss, dass jede Erosion und Exulceration an benannter Stelle der unterliegenden Textur eine derartige derbe Consistenz und elastische Resistenz verleiht, wie wir solche nur bei ausgebildeter Sclerose zu finden gewohnt sind." Ebenso macht Zeissl darauf aufmerksam, dass ähnliche derbe

---

[106]) Colles, Prakt. Beobachtungen über d. vener. Krankheiten, deutsch von Simon 1839.

[107]) Cooper Forster, Einige Bemerkungen über Syphilis u. Schanker. Guy's Hosp. Rep. 1870.

[108]) Jullien, Traité pratique des malad. vénér. Paris 1879.

Infiltrate des sulcus coronarius und der corona glandis bei der rituellen Circumcision ihm mehrmals vorkamen und selbst zu commissioneller Untersuchung der deswegen als syphilitisch verdächtigen Beschneider führten.

Desgleichen hebt Neumann in seinen klinischen Vorlesungen stets die Thatsache hervor, dass Geschwüre am Margo des Präputium und im sulcus coronarius, insbesondere in den Frenularnischen oft auffallend derb sind, ohne syphilitisch zu sein.

Ich habe dieser Frage nun schon seit mehreren Jahren meine volle Aufmerksamkeit zugewendet und dieselbe an dem reichen Materiale, das mir als Assistenten der Klinik für Syphilis zu Gebote stand, studirt und bin zu der bereits oben erwähnten Ueberzeugung gekommen, dass nicht nur „weicher Schanker", sondern überhaupt alle Ulcerationen am margo praeputii, sulcus coronarius und corona glandis, orificium urethrae beim Manne, am Rande der grossen und kleinen Labien beim Weib, eine Derbheit des Grundes besitzen, die die der Sclerosen an anderen Stellen übertrifft und z. B. viel bedeutender ist als die der derbsten Sclerose am Körper der Glans. Allerdings pflegen syphilitische Indurationen an den genannten Stellen eine noch bedeutendere Derbheit darzubieten, aber damit hört doch schon die contradictorische Verschiedenheit zwischen „hart" und „weich" auf und macht einer relativen Platz. Ich hatte Gelegenheit, als sich eine unserer Wärterinnen mit mehreren „weichen Schankern" an der linken Hand inficirte, zu beobachten, dass einer dieser, der an der Interdigitalfalte zwischen Daumen und Zeigefinger sass und halb der Palmar-, halb der Volarseite angehörte, derbe Basis darbot. Ja auch anderweitige Ulcerationen, Erosionen und entzündliche Infiltrate können an diesen Stellen auffallend derbe Basis besitzen. Herpes progenitalis und Erosionen bei Balanitis im sulcus coronarius sitzen oft derber Basis auf; wir beobachteten im Laufe der letzten zwei Jahre einen Patienten, der, ein ziemlich vernachlässigtes Individuum, dreimal mit Balanitis und consecutiver Phimose aufgenommen wurde. Alle drei Mal war der Margo des Präputiums so derb infiltrirt, dass man leicht hätte an Indurationen denken können, welche Diagnose übrigens bei dem Patienten von einigen unsere Klinik besuchenden Fachkollegen in der That gestellt wurde. Die irrthümliche Diagnose „Sclerose" bei weichem Schanker



im sulcus coronarius habe ich unzählige Male von sehr tüchtigen Specialisten stellen sehen. Ebenso bietet bei recenter acuter Urethritis das orificium urethrae oft eine Derbheit dar, die zur Diagnose „Sclerosis in orificio urethrae" verleitet. Geschwüre und furunculöse Infiltrate der Mundlippen sind oft so derb, dass sie, insbesondere bei consecutiver Drüsenschwellung, Sclerosen der Mundlippen auf das täuschendste simuliren, wie mir einige Fälle eigener Erfahrung bewiesen haben.

Aus dem Gesagten folgt, dass auch das einfach entzündliche Infiltrat, unter gewissen Bedingungen und an gewissen Stellen eine Derbheit darbieten könne, die sich, was Consistenz betrifft, von der der meisten syphilitischen Initialinfiltrate nicht unterscheidet. Es werden allerdings zwischen solchen entzündlichen Infiltraten und dem Initialaffecte noch Differenzen angegeben, die auch in der That in vielen Fällen bestehen. So solle beispielsweise das entzündliche Infiltrat allmählich in die Umgebung übergehen, das syphilitische dagegen scharf begrenzt, wie auf der Einlagerung eines fremden Körpers beruhen. Selbst dort, wo diese Differenzen bestehen, sind sie meist nur Demjenigen, der Gelegenheit hat, täglich einige Dutzend Sclerosen zu betasten, also nur dem an der Quelle sitzenden Specialisten wahrnehmbar, für den weniger geübten Praktiker sind sie werthlos. Aber nur zu oft sind diese Differenzen nur eingebildete, Feigenblätter und Deckmäntelchen der späteren Erkenntniss einer fehlerhaften Diagnose, abgesehen davon, dass sie nur für eine recente, nie aber für eine schon in Involution begriffene Induration gelten. Manches davon mag wohl auch in individueller besonders feiner Entwicklung des Tastsinnes liegen; unsere Sinne sind ja so ungleich und dabei meist auch so wenig entwickelt und entwickelungsfähig, dass Saphir's Ausspruch: „Wenn der Hund reden könnte, würde er wohl sagen, dass der Mensch vom Geruch eben so wenig versteht, als der Blinde von der Farbe," wohl mutatis mutantis auch hier am Platze sein mag.

Mir dünkt es offenherziger und dem Fortschritte erspriesslicher zu gestehen, dass wir die Derbheit mancher entzündlicher Infiltrate von der der Induration nicht zu unterscheiden vermögen,



als sich hinter Gemeinplätze oder sophistische Deuteleien zu verkriechen.

Fragen wir uns nun, warum unter gewissen Bedingungen und an gewissen Stellen einfach entzündliche Infiltrate so „sclerosenähnlich" derb werden, so ist für ersteren Punkt die Antwort nicht schwer. Das entzündliche Infiltrat ist eine Ansammlung von Rundzellen. Je dichter das entzündliche Infiltrat ist, desto derber ist es, also alle jene Momente, die Steigerung der Entzündung bedingen, steigern auch die Derbheit des Infiltrates, daher eben Adstringentien und Caustica als Entzündungsvermehrer auch die Derbheit vermehren.

Schwieriger ist die Beantwortung des zweiten Punktes, warum an gewissen Stellen entzündliche Infiltrate schon apriori derber sind. Hier müssen wir wieder auf anatomische Verhältnisse recurriren. Was zunächst das orificium urethrae und corona glandis und sulcus retroglandularis betrifft, so können wir die für diese Stellen von mir genauer erforschten Vascularisationsverhältnisse hier sehr wohl zur Erklärung beiziehen. Auch das einfach entzündliche Infiltrat hängt ja von der Gefässvertheilung ab, wird dem Verlaufe der Gefässe folgen und dort reichlicher sein, wo die Vascularisation selbst eine der Anlage nach schon bedeutendere ist. Während also auch das einfach entzündliche Infiltrat an der Glans selbst oberflächlich, also nicht tastbar sein wird, wird es am Orificium und der Corona, sowie im sulcus coronarius, den Gefässen entlang sich verbreitend, der Knotenform zustreben, aber vermöge der reichlichen Vascularisation dieser Stelle, auch bei relativ geringer Entzündung, schon ein dichteres sein, als an anderen minder vascularisirten Stellen. Insbesondere lehrt uns ein Blick auf das äusserst reichliche und engmaschige Capillarnetz um die sogenannte Tyson'sche Drüse, dass hier sich entwickelnde wenn auch gerade nicht sehr stürmische und intensive entzündliche Infiltrate, die ja insbesondere bei der Röhrenform, die sie um das Lumen der Tyson'schen Drüse annehmen, stets doppelt gefühlt werden, bedeutend derber, als ihnen an Intensität gleiche entzündliche Infiltrate an anderen, minder vascularisirten Stellen sein werden.

Was die anderen Stellen, also den margo praeputii, den Rand der grossen und kleinen Labien und die Interdigitalfalten betrifft,



so habe ich am margo praeputii in den Vascularisationsverhältnissen keine Erklärung für die Derbheit der hier sitzenden Geschwüre gefunden. Für das weibliche Genitale stehen Untersuchungen in der Art, wie ich sie für das männliche Genitale angestellt habe, noch aus, und behalte ich mir dieselben vor, dagegen möchte ich schon jetzt auf Einiges aufmerksam machen, das die Derbheit von Geschwüren, die an Rändern und Kanten, also eben am margo praeputii und den Labien oder an den Interdigitalfalten sitzen, erklärt.

Sitzt ein Geschwür irgend einer Fläche auf und betasten wir es seitlich, so fühlen wir das über diese Fläche ausgebreitete Infiltrat. Sitzt ein Geschwür am margo praeputii oder an einer der anderen der eben genannten Stellen, so breitet sich das diesem Geschwür angehörige Infiltrat über jene zwei Flächen aus, die eben in dem Margo, in der Kante zusammenstossen, also beispielsweise über die äussere und innere Lamelle des Präputiums. Betasten wir nun von der Seite, so haben wir nicht ein, sondern zwei dos à dos mit einander zusammenstossende Infiltrate, also natürlich ein doppelt so dickes, folglich auch wohl doppelt so derbes Infiltrat, als wenn dasselbe sich nur über eine Fläche ausbreitet. Ich pflege diese Thatsache sehr einfach in folgender Weise zu veranschaulichen. Ich stelle einen Patienten mit einem weichen Schanker, der ausschliesslich an der inneren Lamelle eines langen, leicht reponirbaren Präputiums sitzt, vor. Solche Fälle sind sehr häufig. Führt man nun das Präputium ganz zurück, dehnt es bis zum Verstreichen aller Falten aus und betastet das Geschwür, so fühlt es sich weich an. Die Basis dieses selben Geschwüres aber wird sich ganz auffallend härter anfühlen, wenn man das Präputium nur so weit zurückschiebt, dass das Geschwür in der Mitte umgeschlagen wird, so dass eine Hälfte desselben noch der glans anliegt, die andere dagegen nach aussen gewendet ist und man nun seitlich palpirt. Ueberdies mag die derbere fibrilläre Structur, der grössere Reichthum an elastischen Fasern, am margo des Präputium wohl auch Einiges dazu beitragen, die hier sitzenden Geschwüre derber zu gestalten. Wie dem im Uebrigen auch sei, wenn wir auch noch nicht allseitig befriedigende Erklärungen dafür besitzen, haben wir doch die Thatsache als feststehend anzusehen, dass Geschwüre an gewissen eben genannten Localitäten durch ihren Sitz allein zur Derbheit der Basis prädisponirt sind.



Wir haben Anfangs unserer Erörterungen die Frage aufgeworfen, wann und unter welchen Bedingungen die Induration als ein sicheres pathognomonisches Merkmal des syphilitischen Initialaffectes anzusehen wäre. Die Antwort darauf lautete: Nur dann, wenn die Induration nur beim syphilitischen Initialaffecte, aber bei diesem constant zu finden wäre.

Die Zergliederung dieser beiden Bedingungen hat uns aber zu der Ueberzeugung gebracht, dass einmal die Induration kein constantes Symptom des syphilitischen Initialaffectes ist, syphilitische Initialaffecte auch ohne Induration vorkommen, andererseits aber die Induration kein ausschliessliches Symptom des Initialaffectes ist, sondern auch anderen syphilitischen sowohl, als nicht syphilitischen Affecten zukomme. Der Schluss, der aus diesen Prämissen folgt, ist der: Die Induration ist kein absolut pathognomonisches Zeichen des syphilitischen Initialaffectes, ihr Vorhandensein ist ebensowenig ein sicheres positives, als ihr Fehlen ein sicheres negatives Symptom ist, d. h. die Induration ist ein unzuverlässiges Symptom, dessen Vorhandensein den Initialaffect nicht vollkommen erweist, dessen Fehlen ihn nicht mit Sicherheit ausschliesst.

Haben wir nun ein Infiltrat oder derbes Geschwür vor uns, so bestehen folgende Möglichkeiten:

I. Dieses Infiltrat oder Geschwür wird von syphilitischen Consecutivis gefolgt und documentirt sich damit sicher als Initialaffect.

II. Das Infiltrat oder Geschwür wird nicht von Consecutivis gefolgt. Was ist es dann?

1. Doch noch ein syphilitischer Initialaffect. Man ist gewohnt, ein Geschwür, das innerhalb 6 Wochen bis 3 Monaten nach der Entstehung nicht von constitutionell-syphilitischen Erscheinungen gefolgt ist, nicht mehr als syphilitischen Initialaffect anzusehen. Thuen wir dies mit Recht? Diese Frage fällt mit der zusammen, ob jeder syphilitische Initialaffect stets von Consecutivis secundärer Natur innerhalb einiger Wochen oder Monate gefolgt sein müsse? Wir können diese Frage

durchaus nicht so unbedingt bejahen, als es auf den ersten Blick scheinen möchte. Es ist das secundär-syphilitische Exanthem, das sich 8—10 Wochen post infectionem zu entwickeln pflegt, ja nichts anderes als ein Symptom der Allgemeinerkrankung, es hat ganz dieselbe Bedeutung, wie etwa das Exanthem bei den acuten Infectionskrankheiten, Variola, Scarlatina, Morbilli etc. Nun ist es ein alter, in der Medicin bestehender Erfahrungssatz, dass ein Symptom ganz wohl fehlen könne, und das Fehlen dieses Symptoms durchaus noch nicht die Krankheit selbst ausschliesse. Ganz ebenso wie wir Morbilli, Variola, Scarlatina sine exanthemate kennen, wäre eine Lues sine exanthemate theoretisch sehr wohl discutirbar. Ich würde aber eine solche Discussion immerhin als ziemlich unfruchtbar ansehen, wenn sie sich auf Nichts weiter als die Analogie stützen würde. Dagegen besitzen wir noch eine Reihe von Beobachtungen, die nicht nur für die Möglichkeit, sondern für die factische Existenz einer Lues sine exanthemate sprechen. Es kann einmal jeder erfahrenere Syphilidologe die Beobachtung bestätigen, dass die Intensität und Extensität syphilitischer Exantheme eine sehr variable ist. Sieht man in den einen Fällen den ganzen Körper mit Efflorescenzen bedeckt, so findet man in anderen nur eine ganz geringe Zahl von Efflorescenzen. Ein paar binnen wenigen Tagen ablaufende maculöse Efflorescenzen, 2—3 lenticuläre Papeln sind oft die ganzen Symptome des recenten secundären Stadiums. Wie nahe es von einem solchen Exanthem zum Fehlen des Exanthems überhaupt ist, und wie sehr Eines das Andere wahrscheinlich macht, ist einleuchtend. Ja, aber das Ausbleiben des Exanthems, trotz constatirter recenter syphilitischer Infection wird direct beobachtet. So theilt einmal Björken[109]) 3 Fälle von Syphilis ohne Hauteruption mit, ebenso Messana[110]) einen Fall.

---

[109]) Björken, Några anteckningar i syphilidol. Upsala läkaref Förhandl. V. 1870.

[110]) Messana. Giornal. ital. delle malattie vener. I. 1868. cit. bei Jullien.

(Die Fortsetzung folgt im nächsten Hefte.)



Pemphigus acutus contagiosus adultorum
(Impetigo contagiosa Tilbury Fox).

Von Dr. **Erik Pontoppidan** in Kopenhagen.

Die Impetigo contagiosa von Tilbury Fox hat bisher von Seiten vieler deutscher Dermatologen nur eine mit einer gewissen Reservation gepaarte Anerkennung erworben. Wie man bei Dermatomykosis circinata bisweilen eine grössere Erhebung der Hornschicht mit seröser Flüssigkeit, also Blasenbildung beobachtet hat, war man geneigt, wenigstens in vielen Fällen von Impetigo contagiosa nur solche Formen von Trichophyten zu vermuthen. Andere haben, von dem schlechten und klinisch nicht zutreffenden Namen Impetigo verleitet, eine Dermatomykosis pustulosa dabei verstanden, mit Pustelbildung um die Haarbälge, während wieder von anderer Seite die Meinung ausgesprochen wird, dass Pemphigus acutus der Säuglinge auch bei älteren Kindern und Erwachsenen vorkommt und dass ähnliche mit mehr oder minder prallen Blasen beginnende, jedoch bald zu Krusten eintrocknende Proruptionen, zumal wenn sie sich auf Kopf und Gesicht beschränken, das klinische Bild der contagiösen Impetigo hervorbringen können, und dass somit eine Anzahl von sog. „Impetigo contagiosa"-Fällen nur Fälle von beschränkt gebliebenem contagiösen Pemphigus wären.

Vielleicht liegt diese Differenz der Auffassungen nur darin, dass die Krankheit in gewissen Gegenden sehr selten ist und es dadurch schwierig wird, den Eindruck einer klinischen Einheit derselben zu bekommen. Es scheint, dass die Krankheit in England, Dänemark, vielleicht im nördlichsten Deutschland entschieden häufiger vorkommt, als in Mittel- und Süddeutschland. Wenigstens hat Unna in Hamburg eine recht ausgiebige Sammlung dergleichen klinischer Fälle gesehen und ich habe in Kopenhagen während



der 3 Jahre, wo ich der dermatologischen Poliklinik des Commune-hospitals vorstehe, zwanzig ganz typische Fälle einer eigenartigen Krankheit beobachtet, welche mir die Ueberzeugung gegeben haben, dass es ein leicht erkenntliches, abgegrenztes klinisches Bild, einen morbus sui generis gibt, im Wesentlichen der von Tilbury Fox beschriebenen Impetigo contagiosa entsprechend, nur dass es ganz entschieden keine Impetigo ist, sondern ein ausgesprochener Pemphigus mit acutem gutartigem Verlauf und evidenter Contagiosität. Wenn ich deshalb die Krankheit auch Pemphigus benenne, thue ich das nur, um einen anatomisch gerechtfertigten Namen zu haben, wodurch keine zur Aetiologie belangenden und noch nicht genügend begründeten Momente präjudicirt werden.

Wenn man die Krankheit nur einmal gesehen hat, ist sie leicht erkennbar und schwerlich mit anderen Hautleiden zu verwechseln; so lernten meine Praktikanten sehr bald die Diagnose zu stellen; auch ist sie mit unbedeutenden Abweichungen in der Verbreitung und Intensität so typisch, dass ein Fall wie der andere aussieht und verläuft.

Ein Kind oder ein junges Individuum aus den ärmeren, verwahrlosten Volksclassen stellt sich vor und präsentirt am Gesichte eine Affection, die beim ersten Anblick für ein ziemlich bedeutendes und tiefgreifendes Hautleiden imponirt. Man sagt sich schon: ein altes, nässendes, vernachlässigtes Eczem oder eine verschorfte Brandwunde. Bei näherer Inspection zeigt sich das Gesicht in grösserer oder kleinerer Ausdehnung mit rundlichen, bisweilen confluirenden Eruptionen bedeckt, die immer verschiedene Alter haben. Einige zeigen sich durch ihr schmutziges Aussehen von längerem Bestand und sind münzgrosse, trockene, gelbliche, durch Schmutz schwärzlich verfärbte Krusten, die sich ziemlich leicht ablösen und eine geröthete, glatte, nicht erodirte Haut verbergen. Andere sind frischer, weicher, fester anhaftend, wieder andere dünn, feucht, gelblich; wenn sie abgelöst werden, sickert eine geringe Menge dünnen Serums hervor, aber die unteren Lagen der Hornschicht scheinen unversehrt und man findet weder Blutung noch Eiter. An dem Rande herum entdeckt man gewöhnlich einen feinen Saum oder Kragen von Epithel als Ueberreste der aus aufgehobenen Epitheliallagen hervorgegangenen Blasendecken. Die übrigen Reste derselben bilden mit der eingetrockneten serösen



Exsudation die Krusten. Man kann alle Uebergänge finden bis zur frischen Efflorescenz, welche sich als eine dünne, flache, nur wenig gefüllte Pemphigusblase zeigt, die gewöhnlich frühzeitig platzt. Sie sehen den Blasen nach Cantharidenpflaster ziemlich ähnlich, nur sind sie weniger prall gespannt. Ihre Grösse entspricht ein bis zwei Ctm. Durchmesser und sie scheinen meistens gleich diese Grösse zu haben ohne erhebliche Tendenz zur Ausbreitung nach der Fläche.

Die Krusten bestehen mikroskopisch aus Epithelzellen, einige weisen Blutkörperchen und Detritus, aber niemals habe ich Pilzelemente nachweisen können, weder in den Borken noch in den Blasendecken oder Blaseninhalt.

Wenn ausgefragt, erzählt der Kranke, dass die Krankheit vor einigen, gewöhnlich nur wenigen Tagen ohne allgemeine Erscheinungen und ohne besonderes Jucken entstanden ist und als Blasen angefangen hat; auch weiss der Kranke gewöhnlich, dass die einzelnen runden Efflorescenzen mit Blasenbildung zu verschiedenen Zeiten entstanden sind. Die Krankheit belästigt ihn nicht besonders, aber er hat sich zur Behandlung eingefunden wegen der Entstellung und weil die Krankheit wie ein verhältnissmässig bedeutendes Leiden aussieht.

Wenn man aber seiner Diagnose sicher ist, was gewöhnlich nicht schwierig ist, da man immer wenigstens Spuren des bullösen Anfangs sieht und auch die Anamnese gute Anlehnungspunkte gewährt, kann man getrost dem Kranken eine gute Prognose stellen. Bei irgend welcher schützenden und schonenden Therapie, und auch ohne diese, wenn nur Irritamente abgehalten werden, geht die Krankheit in einer bis zwei Wochen spontan zurück. In den ersten Tagen können neue Nachschübe von Eruptionen auftreten, aber bald hat die Krankheit ihre Acme erreicht und nach einiger Zeit fallen die Schorfe ab, mit Zurücklassung von röthlichen, glatten Flecken, die bald schwinden, ohne eine Spur zu hinterlassen. Ich sah keine Recidiven.

Die Fälle zeigten ein deutlich epidemisches Auftreten und für mehrere war Entstehung durch Contagium evident. Dies wird ersichtlich werden, wenn ich die zwanzig Fälle, ohne übrigens Details zu geben, was nach diesem Paradigma unnöthige Wiederholung wäre, nach ihrer Reihenfolge und den Daten ihres Erscheinens aufzähle.



Früher mag ich sporadische Fälle übersehen oder falsch gedeutet haben. Die ersten, auf die ich aufmerksam wurde, waren eine kleine Gruppe von 5 Fällen, die binnen einem Zeitraume von ungefähr fünf Wochen sich zeigten, resp. 7., 19. und 26. October, 14. und 15. November 1883. Es waren alle typische Fälle mit Localisation in dem Gesicht und traten alle bei Jünglingen um die zwanziger Jahre auf; übrigens war kein Connex aufzufinden. Während des Winters zeigten sich sporadische Fälle: 8. Jänner 1884. Ein junges Mädchen, welches angab, dass drei Geschwister von demselben Leiden erkrankt gewesen. — 26. Februar. Ein junger Mann, 16. April ein junges Mädchen, 4. Mai eine junge Mutter mit ihrem 1jährigen Kinde, wo erst das Kind, nachher die Mutter ergriffen war; 23. Juli kam ein ganz entsprechendes Paar zur Behandlung, wo das 1 Jahr alte Kind ebenfalls zuerst erkrankt war. 18. August erschien ein junges Mädchen mit Pemphigus ac. faciei, manuum et crurum, die einzige, wo die Eruption über das Gesicht und dessen nächste Umgebung hinübergewandert war. Es ist zu bemerken, dass die Eruption auch hier nur habituell der Luft ausgesetzte Theile ergriff (es war im Hochsommer). 28. August erschien ein halbwüchsiges Mädchen, welches am 3. Sept. eine jüngere Schwester an derselben Krankheit leidend mitbrachte. 1. und 3. September stellten sich zwei junge Männer vor, ohne contagiösen Connex. 19. September erschien ein junges Mädchen, welches angab, von dem am 1. September aufgenommenen jungen Manne angesteckt zu sein. 20. September kam ein junger Mann und 24. September 1884 ein Knabe zur Behandlung, und damit schien die kleine Epidemie, die im letzten Monate 8 Fälle ergeben hatte, erloschen und seitdem habe ich bis jetzt keinen neuen Fall gesehen.

Um das Resultat, zu welchem ich bei der Beobachtung der genannten Fälle gekommen bin, zu resumiren, glaube ich, dass es eine eigenartige Krankheit gibt, welche als ein acuter, gutartiger Pemphigus sich vorwiegend bei jungen Leuten aus den ärmeren Volksclassen am Gesichte und an unbedeckten Hautstellen localisirt und mit epidemischer, contagiöser Ausbreitung auftritt. Die Krankheit zeigt sich in Gestalt runder, gewöhnlich kleinmünzgrosser sich schnell entwickelnder, schlaffer Blasen auf geröthetem Grunde, welche durch seröse Exsudation zwischen den Schichten der Epi-



dermis entstehen und schnell platzen, mit Hinterlassung eines Saumes oder Kragens, während sich auf dem gerötheten Grunde Schorfe von eingetrocknetem Exsudat bilden, welche nach Bestand von mehr oder weniger als einer Woche abfallen mit Hinterlassung von röthlichen, aber sonst glatten und normalen Hautstellen, von welchen nach weiterem Verlaufe von einigen Wochen alle Spur verschwunden ist. Das acute Stadium der Blasenbildung dauert nur einige Tage bis eine Woche.

Die Krankheit ist contagiös; Schmutz und schlecht gepflegte Haut prädisponiren. Sie zeigt sich meistens nur an Kindern und jungen Leuten und gewöhnlich nur im Gesicht und anderen der Luft ausgesetzten Körperstellen. Sie scheint in gewissen Gegenden häufiger zu sein und zu gewissen Zeiten ein epidemisches Auftreten zu erlangen.

Es wird späteren Untersuchungen vorbehalten sein, diesem klinischen Bilde weitere experimentale und andere, besonders ätiologische Beiträge anzureihen.



Zur Casuistik und Behandlung des Pemphigus syphiliticus des Erwachsenen.

Von Dr. **Schuster**, prakt. Arzt in Aachen.

Der Pemphigus syphiliticus des Erwachsenen wird nicht von allen Dermatologen anerkannt.

Nach Kaposi (Hautkrankheiten 1883, S. 504) kommt es bei erwachsenen Syphilitischen nur selten über ulcerirenden Knoten zur Bildung von Blasen und dem Schema des Pemphigus syphiliticus.

Nach Weil (Handbuch der Hautkrankheiten in Ziemssen's Sammelwerk, 1883. II., S. 547) localisirt sich der Pemphigus syphiliticus vorzugsweise mit prallen, meist eitrigen Blasen an der Palma und Planta, es fehlen dabei meist andere specifische Symptome (Coryza, Exantheme, Anämie) nicht. Es ist unbestimmt gelassen, ob diese Angabe nur bei Kindern oder auch bei Erwachsenen zutreffen soll.

Taylor und Bumstead (Venereal diseases 1882, S. 581) erwähnen die Annahme einiger französischer Autoren des Pemphigus syphiliticus in den Fällen, wo sich die Blasen in der Palma bilden. Mit Rücksicht auf das seltene Vorkommen des Pemphigus bei acquirirter Syphilis glauben sie nicht, dass er sich in der Palma oder Planta entwickle.

In Nr. 27 der „Deutschen medicinischen Wochenschrift" 1884, erwähnt Ziehl aus der Heidelberger medicinischen Klinik eines Falles von Pemphigus syphiliticus. Derselbe betraf eine neunundzwanzigjährige, seit neun Jahren verheiratete, bisheran gesunde Frau, Mutter von vier gesunden Kindern, deren Anamnese keinen Anhalt für Syphilis ergab. Die Kranke ging mit den Erscheinungen der Stomatitis mercurialis der Klinik zu. (Allerdings



war die Prüfung des Harns, resp. der Fäces auf Quecksilber leider unterlassen worden). Ausserdem traten wiederholt Papeln im Gesichte und an anderen Körperstellen auf, die trotz verschiedener specifischer Behandlung geschwürig zerfielen. Es fehlte aber zunächst Lymphdrüsenschwellung. Weder Decoctum Zittmanni noch mercurielle Inunctionen vermochten den baldigen und sich wiederholenden Ausbruch von kleinen und grossen Blasen zu hindern, welche sich auf rothen Flecken bildeten. Trotz verschiedenster Behandlung ging die Patientin zu Grunde. Da über die Aetiologie des Pemphigus völliges Dunkel herrscht, so ist Ziehl geneigt und findet es berechtigt, den von ihm beobachteten Pemphigus, weil mit dem Auftreten eines Syphilides zusammenfallend, als syphilitischen zu bezeichnen.

Ich möchte nun bei diesem Falle von Pemphigus des Erwachsenen als bemerkenswerth hervorheben, dass hier weder eine Kur mit Decoctum Zittmanni, noch eine stärker einwirkende mercurielle Behandlung günstig zu wirken, den tödtlichen Ausgang nicht aufzuhalten vermochten, trotzdem Veranlassung vorlag, diesen Pemphigus in Beziehung zur Syphilis zu bringen.

Die mindestens indifferente, wenn nicht geradezu schädliche Wirkung der Mercurpräparate bei Pemphigus des Erwachsenen habe ich in den letzten Jahren in drei Fällen zu erfahren Gelegenheit gehabt, trotzdem in diesen drei Fällen, wenn auch keine manifesten syphilitischen Erscheinungen, so doch syphilitische Antecedentien bestanden.

Der eine Fall betraf einen älteren, sehr reducirten Patienten, dessen Haut von erbsen- bis kleinhaselnussgrossen Blasen übersäet war; obzwar der Kranke durch die hiesigen Bäder noch die meiste Linderung zu fühlen erklärte, so traten doch die sich mit trüber Flüssigkeit füllenden Blasen in wiederholten Nachschüben auf. Voraufgegangene Arsenikbehandlung hatte nichts genützt. Mehrere Jahre vorher hatte Patient sich syphilitisch inficirt; ich verordnete daher — für mercurielle Inunctionen war nicht der geringste Raum — Sublimatbäder. Ich sah aber keine Besserung; wiederholt sich neben den Blasennachschüben einstellende profuse Diarrhöen veranlassten mich, jede weitere Kur einzustellen, um so mehr, als ich ein lethales Ende befürchten musste. Zwei Jahre



nachher fragte der Kranke schriftlich bei mir an, ob er wieder in meine Behandlung treten könne, er leide noch immer, trotz verschiedenster Kuren, an seinem Blasenausschlage, und die Aachener Bäder hätten ihm denn doch gute Dienste gethan. Damals war ich nicht der Ansicht des Kranken, hielt vielmehr einen neuen hiesigen Heilversuch für wenig versprechend, und widerrieth deshalb dem Kranken hierherzukommen. Weitere Nachrichten fehlen mir seitdem.

Der zweite Fall betrifft eine kräftige Frau von circa 30 Jahren, welche nach den Angaben ihres an beginnender Cerebrallues leidenden Mannes von ihm inficirt worden sei und wiederholt abortirt habe. Die Kranke hatte eine mässige Menge perlenartiger, durchsichtiger Blasen auf kaum gerötheter Haut, die theils im Gesichte, theils im Nacken, Rücken und auf der Brust in Schüben auftraten. Inunctionen aus Quecksilbersalbe, später diese combinirt mit Fowler's Arseniksolution, vermochten ebensowenig, wie das darauf verordnete Zittmann'sche Decoctum fortius die Blasenausbrüche zu heilen; im Gegentheile kamen schliesslich unter der Einwirkung dieser Mittel die Blasen in grösserer Anzahl, der Inhalt einzelner wurde trübe. Die Patientin reiste nach siebenwöchentlichem Aufenthalte unzufrieden von hier ab; sie ist zu Hause durch den längeren Gebrauch von Natrium arsenicosum geheilt worden.

Der dritte Fall betrifft einen corpulenten Herrn von achtundsechzig Jahren, der mir von der Schweiz aus zur Behandlung zugeschickt wurde. Mit Ausnahme beider Unterschenkel, wo sich nur vereinzelte Blasen selten zeigten, war der ganze Körper bis zu den Knien von grossen und kleinen, unregelmässigen, schmutziggrauen Flecken besetzt, die von einem aufgeworfenen, rothen Rande eingefasst waren. Hiedurch entsteht an verschiedenen Flächen eine landkartenartige Figuration. In der Mitte der Flecken erheben sich bis zu fünfzigpfennigstückgrosse Blasen. In den Achseln und Inguinalfalten confluiren die Blasen; die Haut erscheint hier wie durch Verbrennung oder Blasenpflaster blasig abgehoben. Jene grauen Flecken kommen schubweise im Gesichte, Rücken, auf den Armen u. s. w. mit bald darauf nachfolgenden Blasen vor, oder die Blasen leiten sich, wie auf der innern Handfläche, mit diffuser Röthe ein. Der Kranke hat Bronchialrasseln; es besteht abendliches Fieber; Constipation. Der Harn enthält reichlich Eiweiss



Wegen starken Juckens und Brennens der Haut kann der Kranke nicht schlafen, kratzt sich die Haut blutig.

Auf der Stirne befindet sich eine grosse, strahlig-weisse Narbe eines früheren Geschwürs. Patient, der ein unstetes Leben führt, will vor acht Jahren wegen allgemeiner Syphilis eine Quecksilber-Inunctionskur durchgemacht haben, unter deren Einwirkung auch das Stirngeschwür heilte. Dass er damals mit Syphilis behaftet war, wird mir später von dem den Kranken besuchenden Sohne bestätigt.

Eine daraufhin eingeleitete Kur mit Decoctum Zittmanni fortius nebst drei subcutanen Quecksilber-Injectionen macht offenbare Verschlimmerung.

Die Eruptionen von infiltrirten Flecken mit den dann darauffolgenden Blasen kommen rascher und in ausgedehnterer Weise. Es beginnt Oedem der Füsse. Die Mercurpräparate werden sofort ausgesetzt; wegen des Juckens und des Oedems werden Pilocarpininjectionen gemacht; wegen der verminderten Diurese Digitalisinfus verabreicht; letzteres kann bald mit Chininlösung innerlich vertauscht werden. Grosse Flächen der Haut werden mit zehnprocentiger Schwefelgelatine nach jedem Bade bestrichen. Da diese Behandlung nach allen Richtungen hin günstig wirkt, so wird bald zu einer dreissigprocentigen Schwefelgelatine übergegangen. Die durch das Abkratzen und Abgehen der Blasen wund gewordenen Stellen werden mit Umschlägen von Burow'scher essigsaurer Thonerdelösung behandelt. Patient nimmt täglich zwei Thermalbäder; das morgendliche soll bis 32° R. warm sein, dem dann während der Oedemperiode eine Einpackung in wollene Decken zur Schweissentwicklung folgt.

Ueber die Art und Weise, wie der Kranke, namentlich während der schlimmen Zeit seines Leidens die Bäder nahm, muss ich mich eingehender aussprechen, weil dieselbe als von günstigem Einflusse auf die eingetretene Heilung ausgelegt werden kann, trotzdem sie gegen meine Verordnung geschah.

Patient, der im Badehause wohnt, fühlt sich im Thermalbade von jeder schmerzhaften und juckenden Empfindung befreit. Er geht deshalb selbst in der Nacht, während der durch das Jucken bedingten Zeit der Schlaflosigkeit ohne Wissen des Badepersonales ins Bad. Als ihm darauf hin auf mein Geheiss der

Zugang zu den Bädern für die Nacht verschlossen wird, verschafft er sich diesen Zugang durch Sprengung der Thüre; die Bäder bereitet er sich in der Weise, dass er den Hahn des heissen Thermalwassers bis zum Vollwerden des Bades laufen lässt. Die von mir gemessene Temperatur solcher von mir verbotener Bäder betrug einmal 35° R., ein anderesmal 36° R. Trotz seines gerötheten Gesichtes und beschleunigten Pulses behauptet der Kranke sich nur in solch heissem Bade besonders wohl zu fühlen. Der Kranke ist innerhalb neun Wochen von seinem Pemphigus und seiner Albuminurie vollständig hergestellt worden. Nach der fünften Woche zeigten sich selten noch vereinzelte Blasen und erhielt der Kranke zur Nachkur neben den Bädern Natrium arsenicosum innerlich.

Zehn Monate nach beendeter Cur sah ich den Behandelten noch in völlig gesundem Zustande.

Auch in diesem sehr schweren Pemphigusfalle zeigten sich wie in den anderen erwähnten Fällen Mercurpräparate zur allgemeinen Kur nicht günstig, in dem einen und anderen bestimmt schädlich. Ich möchte deshalb bei Pemphigus des Erwachsenen, auch wenn Beziehungen zur Syphilis bestehen, jede Quecksilberbehandlung widerrathen.

Ob heisse Bäder bis zu 36° R. — in denen der Kranke bis zu einer halben Stunde und länger sass — auch in anderen Pemphigusfällen günstig zu wirken im Stande sind, müsste noch eine weitere Erfahrung entscheiden. Meines Wissens besteht ausser dem von mir angeführten Falle in der Literatur über Therapie des Pemphigus kein Fall, in dem Bäder bis zu 36° R. — sei es mit Schaden oder mit besonderem Nutzen — zur Anwendung gekommen wären.



Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.





Hautkrankheiten.

Anatomie, allg. Pathologie und Therapie der Haut.

Fürst. Allgemeiner Fingernagelwechsel bei einem halbjährigen Kinde. (Virchow's Archiv Bd. 96, Heft 3. 1884.)

Fürst sah einen ausgeprägten Nagelwechsel an fast allen Fingern eines halbjährigen reconvalescenten Kindes, das seit Monaten schwere lang anhaltende Krämpfe überstanden hatte, in Folge deren es zuweilen eine halbe Woche nicht möglich war, die krampfhaft contrahirten Finger der fest geschlossenen Hände zu entspannen. Fürst sieht die Ursache der Abnormität in dem anhaltenden Druck, der ungenügenden Reinigung und vielleicht auch in dem neuropathologischen Zustande an sich. Caspary.

Flemming. Zelltheilung in den Keimschichten des Haares. (Monatshefte für prakt. Dermatologie, Nr. 5, 1884.)

Seitdem durch Fromann, Heitzmann, Klein, Kupffer, Flemming u. A. Max Schultze's Definition der Zelle als eines homogenen körnchentragenden Klümpchens für nicht mehr zutreffend erwiesen wurde und man vielmehr erkannte, dass die Zellsubstanz aus zweierlei Substanzen bestehe, nämlich 1. aus einem continuirlichen Fadenwerke (Protoplasma Kupffer's, Mitom o. Filarmasse Flemming's), das aber nach Flemming kein Netzwerk ist; 2. aus der Substanz, in welche die erstere eingebettet ist (Paraplasma Kupffer's, Paramitom oder Interfilarmasse Flemming's): seit dieser Zeit wurde auch das bekannte Zelltheilungsschema Remak's als nicht allein zutreffend theilweise verlassen.

Es wurde nämlich nachgewiesen, dass der Kern aus zwei ähnlichen Substanzen wie der Zellkörper bestehe: 1. dem Kerngerüst (Netzwerk) und 2. dem Kernsaft (Zwischensubstanz); in dem letzteren kommen



noch Nucleoli vor, die nach Fl. vom Kerngerüst sich auch chemisch unterscheiden. Bei vielen Zellen (ob bei allen, ist noch unentschieden) hat Flemming eine Hülle um den Kern, die Kernmembran gefunden.

Das Kerngerüst macht nun bei der Zelltheilung eine Reihe typischer Veränderungen durch, deren Endresultat die Theilung in zwei Fadenmassen ist, deren jede sich zu dem Gerüste je eines Kernes umgestaltet, dann erst erfolgt die Zerklüftung des Zellleibes in zwei Felder (indirecte Zelltheilung oder Mitosis nach Flemming, karyokinetische Zelltheilung nach Schleicher).

Nachdem nun der Verfasser in der Epidermis der Säugethiere Mitosen gefunden hatte, sah er sich veranlasst auch in der Haarmatrix solche zu vermuthen, und fand diese Annahme auch gerechtfertigt.

Durch die Modification einer früher angegebenen Färbemethode brachte Fl. so deutliche Mitosen in den Haarmatrices zur Anschauung, dass dieselben schon bei 100—200facher Vergrösserung sichtbar waren, und zwar in der Matrix des Haares und seiner Cuticula beim Meerschweinchen und Kaninchen, seltener im „peripheren Theil der äusseren Wurzelscheide (Stachelschicht des Haares Unna)“. Aus diesem Verhältniss zieht Fl. den Schluss, dass entsprechend der höheren Leistung der Matrices beim Haarwachsthum, daselbst eine grössere Menge von Kerntheilungsfiguren gefunden werden müssen, während in der Wurzelscheide, die beim Wachsthum keine hervorragende Rolle spielt, nur eine träge Zellvermehrung stattfinde.

In den Matrices ist es nach Fl. nicht die der Papille unmittelbar anliegende Zellenschicht allein, welche Mitosen aufweist, sondern solche finden sich auch 2—3 Zellbreiten von dieser nach oben entfernt, es sei also nicht blos die Papillenmatrixgrenze der Mutterboden des Haares, wie mit Ebner allgemein angenommen wird, sondern derselbe reiche weiter hinauf.

Fl. stellt zum Schlusse weitere Publicationen über die Lage der Theilungsaxen im Haare in Aussicht, und meint, der bisherige Misserfolg beim Aufsuchen der Mitosen sei auf die nicht ganz entwickelt gewesene Färbungstechnik und auf den Umstand zu schieben, dass das zu untersuchende Material nicht ganz frisch und lebenswarm in die fixirenden Reagentien gekommen war.

Ehrmann.



Einfache (oberflächliche und tiefgreifende oder phlegmonöse A.) Hautentzündungen.

Burckhardt. Behandlung des Eczems. (Monatsh. f. prakt. Derm. Nr. 2, 1885.)

Für die Behandlung von pustulösen Gesichts-, Kopf- und Lideczemen, als deren Folgen sehr häufig phlyctänulöse Binde- und Hornhautentzündungen auftreten, empfiehlt Burckhardt die Bepinselung der eczematösen Partien mit 3%iger Höllensteinlösung nach vorausgegangener sorgfältiger Erweichung und Ablösung der Krusten. Dieses Verfahren, welches sich B. in einer grossen Zahl von Krankheitsfällen der Augenabtheilung der Charité trefflich bewährt hat, wird anfangs täglich, später jeden zweiten Tag bis zum völligen Schwinden der Hautaffection angewendet. Unterstützt wird der Verlauf des Heilungsprocesses nach der Angabe des Verf. durch Application einer aus Vaselin 10·0, Ol. cadini 1·5 und Flor. Zinci 2·0 bestehenden Salbe unmittelbar nach der Aetzung. Hochsinger.

Sinclair. Gebrauch des Ichthyols bei Eczem. (Brit. med. Journ. 22. Nov. 1884.)

Der Verf. hat eine Reihe von Eczemen mit gutem Erfolge mit Ichthyol behandelt, doch müsse dasselbe mit Vorsicht angewendet werden, da er nach Anwendung einer Ichthyolvaselinsalbe (1:5) wegen chronischen Eczems des Kopfes und der Extremitäten bei einem vier Monate alten Kinde zwei Stunden nach der ersten Application tiefe, zwölf Stunden anhaltende, sehr beängstigende Bewusstlosigkeit eintreten sah, die allerdings (! R.) wieder in volle Genesung ausging, jedenfalls aber zur Vorsicht mahne. Finger.

Landgraf. Magisterium Bismuthi gegen Eczem. (Aerztl. Intelligenzblatt Nr. 16, 1883. — Ctlbl. f. kl. Med. Nr. 20, 1884.)

Ein 72jähriger Mann litt an einem stark nässenden Eczem der Hände; auf die erkrankten Stellen wurde Mag. Bismuthi in dicker Schicht aufgetragen und darüber Tuchhandschuhe angezogen. In 8 Tagen war das Eczem geheilt. Auch bei Intertrigo der Hautfalten des Halses und der Schenkelbeugen der Neugeborenen und Säuglinge sah L. gute Erfolge von diesem Streupulver. (Wie von anderen auch. A.)

Duhring und Wile. On the pathology of „Paget's Disease" of the nipple. (Am. Journ. of med sciences, July 1884.)



D. und W. unterziehen die Pathologie der Paget'schen Erkrankung der Brustwarze einer eingehenden Besprechung, wobei besonders der Zusammenhang und Uebergang derselben mit und zu der carcinomatösen resp. scirrhösen Veränderung der Brustdrüse erläutert wird. Erstlich werden die bisherigen Arbeiten über diesen Gegenstand, insbesondere die histologischen Befunde der Autoren wie Thin, Paget, Schweinitz u. A. durchmustert, worauf die übereinstimmenden Resultate eigener Untersuchungen bekannt gemacht werden, aus denen hervorgeht, dass die erörterte Affection als eine abnorme Proliferation der Retezellen mit secundärer Destruction der Papillen aufzufassen sei, wobei die Epithelwucherung von der Cutis der Brustwarze aus zunächst auf die kleineren Ausführungsgänge der Milchdrüse übergehe, um von hier aus das ganze Drüsengewebe in atypische Epithelwucherung zu versetzen, und so der erste Schritt zur Carcinombildung gegeben sei. Die Reaction der Papillen und des interacinösen Bindegewebes manifestirt sich durch entzündliche Zellinfiltration desselben mit Neubildung von jungem Gewebe und später durch consecutive Schrumpfung und Narbengewebsbildung, woraus die scirrhöse Form des Brustkrebses hervorgehe.

Die nabelförmige Retraction der Mamilla sei ein frühes Zeichen der carcinomatösen Erkrankung und erklärt sich durch die obengegebene Erläuterung. Hochsinger.

Altschul. Zur Therapie bei Brandwunden der Haut. (Prager med. Wochenschrift Nr. 52, 1884.)

A. hält bei Verbrennungen der Haut für ein unerlässliches Mittel den aseptischen Verband. Da die Verbrennung als solche zwar ein die Entzündung begünstigendes Moment abgibt, nicht aber selbst schon Entzündung sei, so müsse die Aufgabe der Therapie darin bestehen, das Auftreten der Entzündung, die Eiterung und die dadurch erzeugte Narbenschrumpfung zu verhüten und erst secundär die Schmerzen zu mildern. Diesen Bedingungen entspricht das Jodoform. Aseptischer Verlauf bei frühzeitiger Anwendung, baldige Sistirung der Eiterung und glatte, weiche Narben selbst bei Schorfbildung sind die Effecte der Jodoformbehandlung.

A. empfiehlt besonders die nach Unna's Vorschrift bereitete Boluspasta: Rp.: Bol. alb. ol. lin. oder ol. oliv. ää 30·00; Liqu. plumb. subacet. 20·00; Jodoform 10—20%.



Bei der Darstellung muss nach Unna's Angabe vorerst Bolus mit Leinöl gemischt werden, da sonst der Bleiessig mit dem Bolus einen unlöslichen Kitt bildet.

Nur bei Verbrennungen ersten Grades eignet sich nach dem Vf. als schmerzstillendes Mittel essigsaure Thonerde. Horovitz.

Rabitsch. Ueber die Nilkrätze und die Nilbeule. (Wr. med. Wochenschr. Nr. 49—51. 1884.)

Anatomisch betrachtet, ist die Nilkrätze nach R. nichts anderes als ein acutes papulo-vesiculöses Eczem, und die sog. Nilbeule nach Ansicht des Verf. eine circumscripte Phlegmone der Haut, aus der Entzündung von Schweissdrüsenknäueln hervorgegangen. Beide Erkrankungsformen, welche mit Vorliebe Fremde, genug oft aber auch die Eingeborenen Aegyptens in den besonders heissen Monaten befallen, sind auf die reizenden und macerirenden Qualitäten des bei der enormen Hitze in übermässig reichlicher Menge secernirten Schweisses zurückzuführen.

Die Nilkrätze, das Eczema acut. caloricum, beginnt unter heftigem Jucken in der Regel zuerst an der Stirn mit massenhafter Eruption von Miliariabläschen, welche niemals einen eiterigen Inhalt gewinnen, und kann sich von hier aus über den ganzen Körper, als: Brust, Rücken und Extremitäten mit vesiculärer oder papelartiger Efflorescenzbildung verbreiten, mit Ausnahme der Handteller und Fusssohlen, an welchen Stellen dieselbe ganz im Gegensatze zum Nilknoten niemals zur Beobachtung kommt. Bei manchen Individuen geht die Erkrankung unter geeigneter Behandlung rasch zurück, bei anderen führt sie durch häufige Recidive zu chronischen Veränderungen des Hautorganes, zu pruriginösen, lymphangioitischen oder elephantiastischen schwer reparablen Krankheitsformen.

Zur Behandlung eignen sich im papulösen Stadium besonders Theer- oder Naphtholpinselungen.

Die Nilbeule (Bouton du Nil) ist ein Schweissdrüsenfurunkel, der besonders häufig an der Flachhand und der Fusssohle sowie an den Volarseiten der Finger sich etablirt. Bis zu seiner vollen Entwicklung sind in der Regel fünf bis sieben Tage erforderlich.

Die Affection beginnt gewöhnlich mit localisirtem Schmerz an der erkrankenden Stelle, worauf allmählich Schwellung, Röthung und kugelsegmentartige, nie konische Vorwölbung des Epithelstratums, wie



beim Talgdrüsenfurunkel entsteht, und endlich Aufbruch des Knotens, gewöhnlich an mehreren Stellen mit Zurücklassung einer vielfach zerklüfteten und nekrotischen Wandung erfolgt. Die Knoten erreichen in der Regel Haselnussgrösse, sind sehr schmerzhaft, kommen oft in überaus grosser Anzahl an demselben Individuum gleichzeitig vor, und heilen nur nach chirurgischer Eröffnung derselben am besten mittelst tiefer Scalpellincisionen. Hochsinger.

Rosenbach. Ueber den Zusammenhang von Melliturie und Furunkelbildung; nebst Mittheilung eines Falles von Melliturie bei einem 1jährigen Knaben. (D. med. Wochenschrift Nr. 31, 1884. — Centralbl. f. Chir. Nr. 51, 1884.)

Auf Grund beobachteter Fälle von Furunculose, bei denen sich wohl während des Bestehens der Krankheit, nach Ablauf derselben aber nie mehr Zucker im Urin nachweisen liess, glaubt R., dass bei solchen, sonst kein Symptom des Diabetes darbietenden Pat. nicht die Melliturie zur Bildung der Karbunkel oder Furunkel geführt habe, sondern dass umgekehrt aus den eiternden Hautaffectionen auf dem Wege der Resorption Zucker oder eine andere stark reducirende Substanz in die Blutbahn und von da in den Harn übergegangen sei.

Eine Analogie für dieses Verhalten der Furunculose zur Ausscheidung eigenthümlicher Substanzen wäre in dem ev. Auftreten von Pepton im Urin nach Eiterbildungen im Organismus, oder von Albumen im Harn nach Eiterretentionen zu sehen.

Zur Begründung seiner Ansicht führt R. einen Fall an, bei welchem sich im Verlauf von complicirten Morbillen eine deutliche Zuckerreaction des Urins einstellte, ohne dass der im Beginn der Erkrankung untersuchte Urin des sonst gesunden 1jährigen Kindes ein derartiges Verhalten gezeigt hatte. Die nach Ablauf des Exanthems auftretende Complication bestand in einer ausgedehnten Furunkeleruption, welcher das Kind auch späterhin erlag.

R. glaubt, dass die Bestätigung seiner Annahme, dass es sich in Fällen dieser Art um Resorption reducirender Substanzen von den Eiterherden aus handle, durch genauere Beobachtung des einschlägigen Materiales bald geliefert sein dürfte.

Dass sich im Verlauf schwerer Diabetesformen in Folge der gestörten Ernährung der Haut oder als Effect von Constitutionsano-

malien Entzündungen der Haut in den bekannten Formen einstellen, wird natürlich davon nicht berührt.

Duclaux und **Heydenreich.** Studien über einen Mikroben, welcher bei einem an dem sog. „Clou de Biskra“ leidenden Kranken gefunden wurde. (Arch. de physiol. norm. et pathol. Bd. IV. Nr. 6. p. 106 ff. 1884. — Centralbl. f. klin. Med. Nr. 52, 1884.)

In Paris kam ein Kranker zur Beobachtung, der an dem „Geschwür von Biskra“, einer in Asien verbreiteten Hautkrankheit, litt, welche übertragbar ist, hauptsächlich im September und October auftritt und, mit Knötchen auf der Haut (des Gesichtes, der Hände) beginnend, zu ausgedehnten, mit Krusten sich bedeckenden, nicht sehr tiefen Ulcerationen führt, die erst im Laufe von Monaten unter Zurücklassung von starken Narben heilen.

Die Verff. entnahmen aus der Nachbarschaft der erkrankten Hautpartien des oben erwähnten Kranken Blut und fanden in demselben einen 0,5—1 μ grossen Coccus, bald in Gestalt zweier runder Granula, bald in Gloeaform auftretend. Dieser Coccus wurde in Kalbsbrühe und in neutralem Urin gezüchtet und gedich bei 35° besonders gut.

Mit „Reinculturen“ dieses Microorganismus (aus Kalbsbrühe) wurde bei einem Kaninchen eine durch zahlreiche exulcerirende Knötchen charakterisirte, einmal recidivirende Hautkrankheit hervorgerufen. Nachdem diese abgeheilt, wurde das Thier paralytisch und starb einige Zeit später.

Bei späteren Versuchen erzielten die Verff. aber ganz abweichende Resultate. Je nach dem Alter der angewandten Culturen nämlich und auch je nach der Art der Application (subcutane Impfung, directe Injection ins Blut) bekamen sie entweder ganz rasch tödtlich verlaufende Erkrankungen mit ausgebreiteten Fibringerinnungen in den Lungengefässen und colossaler eitriger Pericarditis, oder anfangs nur geringfügige Localerscheinungen, im Laufe von Tagen und Wochen aber eine Art chronischer Pyämie mit vorwiegenden osteomyelitischen Eiterungen, vorzüglich in den Lendenwirbeln, im letzteren Falle meist gefolgt von hämorrhagischer Spinalmeningitis. Diese letzteren Veränderungen führten zu eigenthümlichen paralytischen Erscheinungen.

Die Erklärung dieser verschiedenartigen Wirkungen desselben



Mikroben wird von den Verff. in den modificirenden Einflüssen länger dauernder Culturen („Virus atténué“) etc. gesucht. Die Verff. lassen übrigens die Frage offen, ob sie in ihrem Mikroben wirklich schon das Contagium des Geschwürs von Biskra dargestellt haben.

Da sie nicht auf festen Nährboden züchteten, so fragt es sich wohl, ob sie in allen ihren verschiedenen Experimenten immer dasselbe Virus vor sich gehabt haben. Jedenfalls sind aber die hervorgebrachten Erkrankungen, besonders die osteomyelitischen Processe an sich der Beachtung werth.

Cavafy. Fälle von Gesichtserysipel bei niederer Temperatur. (Brit. med. Journ. Nr. 1213, 29. März 1884.)

Verf. betont, dass die bedeutenden Verschiedenheiten im Verlauf des Erysipels die Aufstellung verschiedener Formen veranlasst haben. In der Regel werde es wohl von einem oder mehreren Frösten eingeleitet, von intermittirendem Fieber begleitet, das mit der Eruption gleichzeitig auftritt und der Ausbreitung der Hautentzündung an Intensität proportional ist. Doch auch das Fieber kann verschiedene Typen darbieten, es kann der Eruption des Erysipels 1—2 Tage vorausgehen, remittirenden oder intermittirenden Typus darbieten, es kann der Intensität der localen Erscheinungen gegenüber verhältnissmässig intensiv oder auffallend gering sein. Ja das Fieber kann selbst fehlen, und C. theilt nun fünf Fälle mit, in denen trotz bedeutender örtlicher Erscheinungen sogar subnormale Temperaturen beobachtet wurden, obwohl der Eruption des Erysipels in drei Fällen Fröste vorausgingen und zwei der Patienten das erstemal von Erysipel heimgesucht wurden, wo es ja in der Regel intensiver aufzutreten pflegt. Verfasser bespricht hierauf die Aetiologie des Erysipels, die Versuche von Tillmann und Fehleisen und betont, dass, da der contagiöse Charakter des Erysipels sicher sei, in jedem Falle darauf Rücksicht zu nehmen sein werde.

Finger.

Rosenthal. Zur Charakteristik des Erysipels. (Wr. med. Presse Nr. 40, 1884.)

An zwei Fällen von Wander-Erysipel, die ohne nachweisbare Läsion des Hautorganes, der Mund- und Nasenhöhlenschleimhaut sich entwickelten, konnte R. sich überzeugen, dass beim Fortschreiten der



Rose die noch weiter gelegenen Stellen erhöhte mechanische und elektrische Empfindlichkeit und örtliche Temperatursteigerung darboten, somit eine Gewebsreizung erschliessen lassen, noch bevor das Erysipel an diesen Stellen in Erscheinung trat. Auch Schwellung und Schmerzhaftigkeit der angrenzenden Lymphdrüsen eilen der erysipelatösen Entzündung voraus. Die in Rede stehenden zwei Fälle zeichneten sich durch den langwierigen Verlauf aus. R. hält die cutanen Blut- und Lymphgefässbahnen als massgebend für die Ausbreitung des erysipelatösen Processes. Es gelang ihm in zwei Fällen durch Compression der Gliedmassen ein im Fortschreiten begriffenes Erysipel einzudämmen; ebenso sei es möglich gewesen, nach Injection von acht Pravaz'schen Spritzen einer $5^0/_0$igen Borsäurelösung ein Erysipel zur Rückbildung zu bringen.

R. beobachtete in einem Falle Symptome der acuten Nephritis, ein andermal eine hämorrhagische Enteritis; ferner vorübergehende, hochgradige Muskelhyperästhesie und in einem Falle nach Ablauf des Erysipels Anästhesie des linken Nervus cutaneus femoris externus. In einem dritten Falle kam es zur Thrombose des Sinus cavernosus. Als Therapie empfiehlt er salicylsaures Natron oder das leichter verdauliche Präparat salicylsaures Chinin. Horovitz.

Janicke und **Neisser**. Exitus letalis nach Erysipelimpfung bei inoperablem Mammacarcinom und mikroskopischer Befund des geimpften Carcinoms. (Centralbl. f. Chir. Nr. 25, 1884.)

Gestützt auf die Erfahrungen Busch's und Volkmann's einerseits, anderseits ermuthigt durch Fehleisen's theilweise Erfolge bei seinen bekannten Versuchen mit Erysipelimpfung (siehe d. Viertelj. 1882, pag. 116 u. 513 und 1883, pag. 128) versuchten die Autoren ebenfalls die Impfung des Erysipels gegen ein inoperables, schon mehrmals operirt gewesenes Carcinom der linken Brustdrüse einer vierzig Jahre alten Frau.

Es waren schon Krebsmetastasen in den Achselhöhlen und Halsdrüsen zu constatiren und da gegen die immer heftiger auftretenden Schmerzen das Morphium nicht vertragen wurde, so machte J. die Impfung mit von Fehleisen zugesandter Fleischinfusgelatine-Erysipel-Cultur. Ein 1 □Ctm. grosses Hautstück über dem Carcinom wurde horizontal und vertical scarificirt und in dasselbe ein stecknadelkopfgrosses Culturstück verrieben. Schon am selben Abend trat ein Schüttelfrost und eine Temperaturerhöhung auf 40·2 ein. Der



weitere Verlauf war so fulminant, dass schon am vierten Tage Collaps und der Tod ohne Zutritt einer weiteren besonderen Complication erfolgte. Die Section wurde nicht gestattet. Die früher derbharten Tumormassen schwanden zum Theile unter dem Erysipeleinflusse, zum Theile wurden sie weich. Die mikroskopische Untersuchung der ausgeschnittenen Stücke ergab das Vorhandensein eines Bindegewebskrebses und Scirrhus. Schon eine schwache Vergrösserung ergab, dass in der Nähe der Krebsnester unregelmässig angeordnete Streifen und Herde auftraten. Bei starker Vergrösserung lösen sich jene Streifen und Herde in Massen von Coccen auf, die in verschiedenen Biegungen und Krümmungen durcheinander geschlungen und in Reihen als Diplococcen neben einander angeordnet erscheinen. Entsprechend der Ausbreitung der Coccen ist eine Abnahme der Krebsnester zu constatiren. Horovitz.

Angioneurosen der Haut (Dermatosen mit vorwaltend ausgeprägter Störung des Gefässtonus. A.)

Ollivier. La Rougéole à Paris. (Arch. génér. de méd. Sept. 1884.)

O. hebt gegenüber der gewöhnlichen Anschauung von der Benignität der Masern deren Gefahr hervor, und belegt seine Behauptung durch statistische Daten, aus welchen ersichtlich wird, dass zwei Percent der Pariser Kindermortalität im Jahre 1883 durch diese Krankheit verursacht war. Er ist daher für die strenge Separirung der gesunden Kinder von den kranken. Horovitz.

Discussion über den Scharlach in der Harveian Soc. of London, Sitzung vom 3. April 1884. (Brit. med. Journ. Nr. 1216, S. 763, 19. April 1884.)

Lawrence leitet die Discussion mit folgenden Bemerkungen ein. Erstens: Aetiologie. Das Virus des Scharlach sei zweifellos specifisch, wie die mikroskopische Untersuchung des Blutes und die Möglichkeit, durch Injection desselben bei Thieren oder Ueberimpfung auf Menschen dieselbe Erkrankung zu erzeugen, beweisen.

Die schuppende Haut sei eines der wichtigsten Mittel und Wege, auf dem Scharlach übertragen werde. Die wichtigsten Charakteristica des Virus sind Flüchtigkeit, Haltbarkeit, Uebertragbarkeit auf Gesunde.

Zweitens: Chirurgischer Scharlach. See notirte 1858 ein Scharlachfieber, welches auf Tracheotomien folgte. Weitere Arbeiten



bewiesen gleichfalls, dass Scharlachfieber unmittelbar auf Operationen folgen könne; dass es Verschiedenheiten des Verlaufes darbiete; dass es die Wundheilung mehr weniger verzögere; dass endlich auch andere Hauterkrankungen, als Scharlachfieber auf eine Operation folgen können.

Drittens: Puerperales Scharlachfieber hat eine Incubation von 24—48 Stunden; L. berichtet in dieser Beziehung über 5 Gebärende, welche von Scharlachfieber befallen wurden. Eine Mutter blieb verschont, obwohl ein schweres Scharlachfieber ihr in der Woche ihrer Niederkunft 4 Kinder raubte, die anderen vier Mütter heilten nach schweren Formen, ein Kind starb, zwei blieben frei, zwei genasen.

Zum Schluss besprach L. die Differentialdiagnose zwischen Scharlach und Masern.

Broadbent ist der Ueberzeugung, das Virus sei ein organisches. Mit Rücksicht auf das chirurgische Scharlachfieber bemerkt er, dass Kranke, die durch Operationen herabgekommen sind, für das Virus vielleicht empfänglicher seien.

Mahomed betont, der Charakter des Scharlachs sei stellenweise ein endemischer, es sei dann nicht eine Berührung mit Kranken, sondern eine Entwicklung immer wieder in demselben Hause, derselben Gegend zu beobachten, was für eine spontane Entwicklung aus anfänglich ungefährlichen Keimen spreche. Sicher hafte das Virus an den Schuppen und habe er Fälle gesehen, in denen leichte Schuppen noch nach eilf Wochen seit Beginn der Erkrankung eine Ansteckung vermittelten. Das chirurgische Scharlachfieber sei dem anderen vollkommen identisch und biete meist leichten Verlauf dar. Puerperale Weiber seien für das Scharlachvirus sehr empfänglich, auch verlaufe die Erkrankung meist schwer.

Pepper erklärt die kurze Incubation in den chirurgischen Fällen durch die Aufnahme durch offene Wunden. Finger.

Parker. Verwandtschaft zwischen Scarlatina und Diphtherie. (Brit. med. Journ., S. 1090, 7. Juni. 1884.)

P. hat im letzten Winter ein zehnjähriges Mädchen an schwerer Diphtherie behandelt, bei dem die sorgfältigste Untersuchung mit Rücksicht auf die Infectionsquelle nur den Besuch eines scharlachkranken Kindes möglich erscheinen liess. Vf. kennt bisher keinen Fall.



in welchem Scharlach durch Berührung mit diphtheritischem Gifte veranlasst worden wäre, war aber mehrmals in der Lage, schwere Anfälle von Diphtherie auf keine andere Quelle, als die Berührung mit Scharlachkranken zurückführen zu können. Die Verwandtschaft zwischen diesen beiden Erkrankungen ist dem Vf. auf das hin zweifellos.

Finger.

Leale. Scharlach des Fötus und der Mutter im neunten Schwangerschaftsmonate. (Med. news 31. Mai 1884.)

Durch Einschleppung des Scharlachs in eine gesunde Familie erkrankten erst der vierjährige Sohn, sodann die im neunten Schwangerschaftsmonate stehende Mutter und endlich die Amme. Während bei dem Sohne und der Amme die Krankheit gut ablief, trat bei der Schwangeren ein heftiges Exanthem und hohes Fieber auf, weshalb die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft eingeleitet werden musste. Nach vierundzwanzig Stunden jedoch traten Delirien auf, und die Frau starb unter den Erscheinungen der Herzschwäche. Das Kind kam mit einer dunkelrothgefärbten Haut zur Welt, hatte Hyperämie der Rachenschleimhaut und Fieber; zehn Tage nach der Geburt Abschuppung, Albuminurie und Hautödem. Das Kind blieb am Leben.

Horovitz.

Wildermuth. Ueber das Auftreten chronisch-epilept. Zustände nach Scharlach. (Würtemb. med. Correspondenzblatt Nr. 35 und 36, 1884.)

Zwölf Fälle von schweren Scharlacherkrankungen, die mit Delirien und anderen Hirnerscheinungen einhergingen, brachten W. zur Annahme, die später beobachteten epileptischen Erscheinungen als vom Scharlachprocesse abhängig anzusehen. Hereditäre Belastung war in vier Fällen zu constatiren. In einigen Fällen konnten schon frühzeitig epileptische Zufälle nachgewiesen werden, während bei einigen anderen erst nach dem Auftreten von deutlichen psychischen Veränderungen die epileptischen Zustände zur Entwicklung kamen. Im Anfange sind es die Erscheinungen des petit mal, späterhin sind es typische epileptiforme Anfälle. In zwei zur Nekroskopie gelangten Fällen war Convexitätsmeningitis und chronischer Hydrocephalus zu verzeichnen.

Horovitz.



Patin. Scharlach bei Verwundeten. (Sonderabdr., Würzburg 1884.)

Patin beobachtete in drei Fällen von Hautverletzungen ein dem Scharlachexantheme ähnliches Krankheitsbild der allgemeinen Hautdecke. Nach kurzem Bestande des Exanthemes trat längstens am vierten Tage Abschilferung der Haut auf, worauf noch Albuminurie sich hinzugesellte.

In allen drei Fällen trat Genesung ein.

Merkwürdig ist der Umstand, dass das angebliche Scarlatinabild von der verletzten Hautstelle aus sich immer weiter verbreitete. — (Diese Fälle tragen keineswegs dazu bei, die Zweifel Derjenigen, welche von der Existenz des chirurgischen Scharlachs nicht überzeugt sind, zu zerstreuen. R.) Horovitz.

Moellmann. Beiträge zur Pathologie der Scarlatina. (Berl. klin. Woch. Nr. 26, 1884.)

Moellmann gibt einen eingehenden und übersichtlichen Bericht über eine schwere mehrjährige Scharlachepidemie in Simmern und Umgegend, während deren er allein 493 Fälle (auf 38 Ortschaften vertheilt) beobachtete. Indem auf das Original verwiesen wird, sei nur hervorgehoben, dass M. in einem Falle, der ein sechsjähriges Mädchen betraf, Morbillen am 13. Tage eines schweren Scharlachs mit intensiv diphtheritischer Angina ausbrechen sah; dass in 12 Procent (61 Fällen) Scarlatina sine exanthemate bestand; dass die schwersten, meist tödtlichen Affectionen des Nervensystems mit geringer oder selbst fehlender Temperatursteigerung einhergingen; dass in einem Falle die Nephritis chronisch wurde und nach 4 Monaten zum Tode führte. — Wenn M. (in Uebereinstimmung mit Henoch) die Scharlachdiphtheritis von der genuinen Diphtheritis verschieden hält und die Nephritis bei Scharlach anders verlaufend findet als bei Diphtheritis, so kann Referent, der im letzten Winter eine schwere Scharlachepidemie in Königsberg beobachtet hat (etwa 60 eigene Fälle), diese Ansicht nicht theilen, aber auch an diesem Orte nicht bekämpfen.

Caspary.

Heubner und Bahrdt. Zur Kenntniss der Gelenkeiterungen bei Scharlach. (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 44, 1884.)

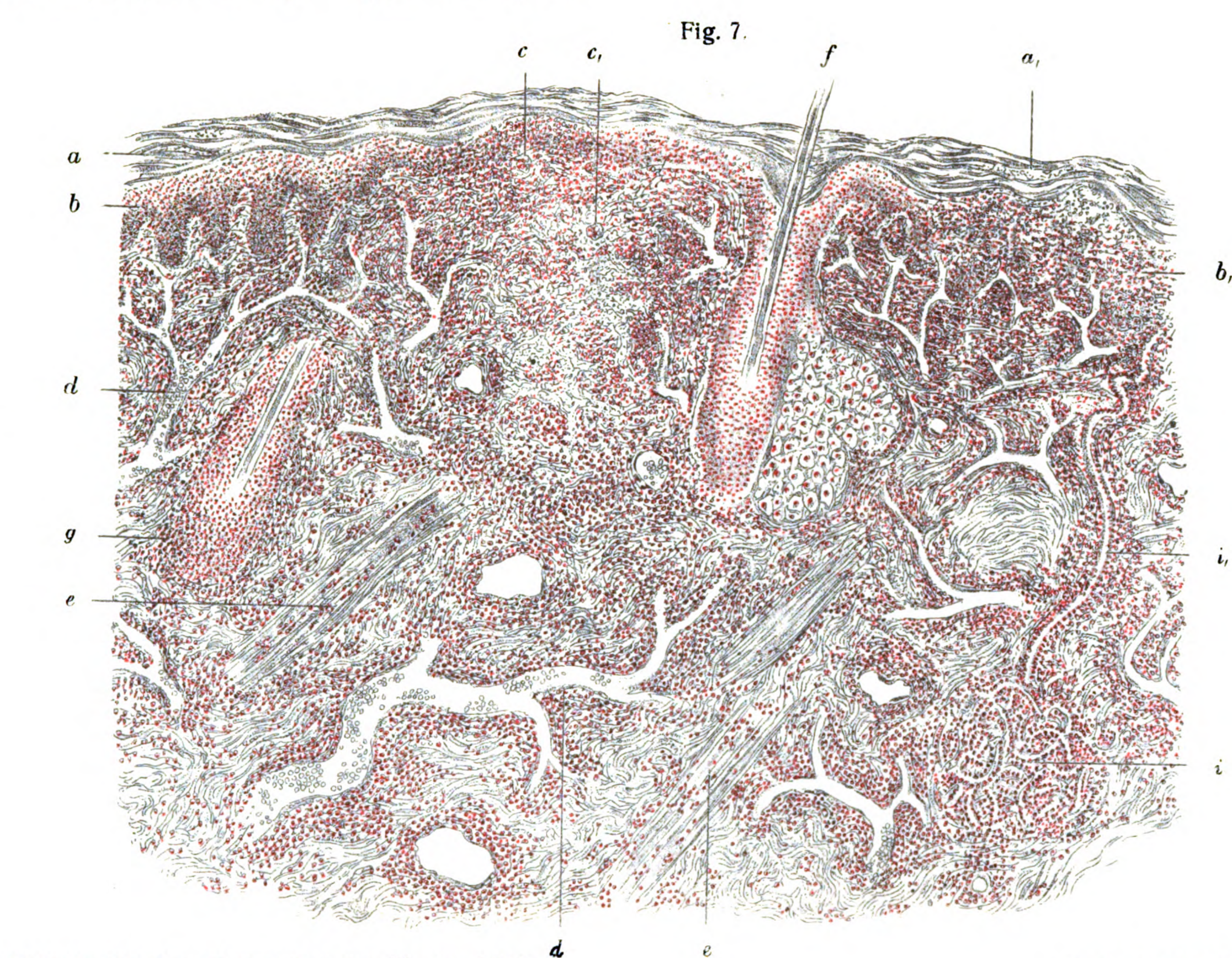
Löffler hatte (im 2. Bande der Mittheilungen aus dem deutschen Reichsgesundheitsamt) die interessante Thatsache mitgetheilt, dass in den Membranen der Scharlachdiphtherie ein „kettenbildender



Coccus“ einen sehr guten Nährboden und reichliche Entwickung biete, dieser lasse sich unschwer rein züchten und seine Reinculturen, wenn sie thierischen Organismen direct in die Blutbahn gespritzt wurden, riefen schwere, eiterige Entzündungen zahlreicher Gelenke hervor, in denen die Coccen wieder nachweisbar waren, während die gleichen Mikroorganismen, wenn sie einfach subcutan verimpft wurden, nur eine locale erysipelartige Affection, nicht aber die erwähnte allgemeine Infection erzeugten. Im Hinweis darauf veröffentlichen Heubner und Bahrdt die Krankengeschichte eines 14jährigen Patienten, der am 16. Tage eines schweren Scharlach nach scheinbar glücklich abgelaufener Diphtheritis faucium (et cutis) unter Eiterbildung in mehreren Gelenken, Pericarditis, hämorrhagischer Nephritis erlag. Schon während des Lebens waren einzelne Partien des Belags, welcher sich am 7. Krankheitstage auf der Haut des Hodensackes gebildet hatte, abgehoben und untersucht worden. Hier fand sich nun in dem eigentlichen Exsudat eine einzige Bacterienform, diese aber äusserst reichlich: dieselben Kettencoccen, gleichmässig runder Organismen zu äusserst lang gewundenen Ketten, Schlingen und Knäueln entwickelt, wie sie Löffler beschrieben hat. Da diese Organismen in der zellarmen oberen Hälfte des croupösen Exsudats in überraschender Reichlichkeit und Reinheit vorhanden sind, in der Tiefe bei mehr Zellreichthum viel zerstreuter erscheinen, um in den dem Papillarkörper am nächsten liegenden Zonen ganz zu verschwinden, ist es kaum zweifelhaft, dass diese Organismen secundär auf dem vorgängigen Exsudate gewuchert sind. Während nun diese Hautdiphtheritis in wenigen Tagen unter Borsäurebehandlung heilte, während die schwere Mandelaffection unter parenchymatösen Injectionen 3percentiger Carbolsäurelösung anscheinend glücklich ablief, zeigte die Obduction eine Todesursache, die mit Wahrscheinlichkeit auf Invasion jener Ketten-Coccen in das Blut zurückzuführen war. An den dem Auge während des Lebens nicht zugänglichen, am weitesten nach hinten und unten gelegenen Partien der rechten Tonsille bestand noch eine eiterige Infiltration von geringer Ausdehnung und setzte sich von hier durch die Tonsillenkapsel nach der retropharyngealen Gegend fort. Hier schloss sich eine ausgebreitete eitrige Infiltration des intermusculären und musculären Gewebes der rechten Halsseite an; der Process setzte sich fort auf die Vena jugularis dextra communis und hatte zu einer ausgedehnten eiterigen Thrombophlebitis in derselben geführt. An



Fig. 7.



NEUMANN: Histolog. Veränd. bei den Hautsyphiliden.

Druck v. Sinsel & Co., G. m. b. H., Oetzsch-Leipzi[illegible]

den Wänden des Ganges von der Tonsille zu der thrombosirten Vene waren dieselben zierlichen Kettchen nachzuweisen, die in der Hautmembran gefunden waren; ebenso fanden sich im Blute selbst reichlich theils dichte Knäuel verschlungener Ketten, theils einzelne, lange Perlschnüre zwischen den rothen Zellen des Leichenblutes. Analog den Löffleri-schen Experimenten waren nun auch im Gelenkeiter und in dem fibrinösen Exsudate des Herzblutes dieselben Coccen, wie auch an diesen beiden Stellen so lange Ketten sich nicht entwickelt hatten, sondern Diplococcen bis höchstens 10 oder 12gliedrige Ketten. Sonach sind die Autoren geneigt, die unglückliche Wendung dieses Scharlachfalles, speciell die poliarthritischen Eiterungen auf die secundäre Invasion eines Mikroparasiten in das Blut zu beziehen, der auf diphtheritischer Tonsillarmembran seinen Nährboden gefunden hatte. Caspary.

Commins. Fall von puerperaler Scarlatina mit hyperpyretischer Temperatur durch die Kaltwasserkur erfolgreich behandelt. (Brit. med. Journ. Nr. 1226, S. 760, 19. April 1884.)

Frau C. wurde sieben Tage nach einer glücklichen Entbindung von hohem Fieber (40° C.), und Tags darauf von scarlatinösem Exanthem befallen. Die Temperatur stieg in den nächsten zwei Tagen bis auf 41° C., der Puls und die Respiration wurden schwach, Pat. war sehr matt, das Exanthem sehr ausgebreitet, stellenweise confluirend, dunkelroth, die Pat., obwohl bei Bewusstsein, lag apathisch und verfallen da.

Commins verordnete Einpackungen in Tücher, die in möglichst kaltes Wasser getaucht wurden, und setzte dies durch $1^1/_2 - 2$ Stunden fort, bis die Temperatur auf 39° C. sank. In dieser Weise wurde Patientin durch zehn Tage behandelt, dabei Cognac und Chinin innerlich gereicht. Pat. erholte sich, das Exanthem schwand und war von bedeutender Abschuppung gefolgt. Auffallend war dem Autor das Freibleiben von Rachen und Schlund trotz der intensiven Erkrankung, so dass C. zunächst an eine von Scarlatina verschiedene Erkrankung dachte, doch der Umstand, dass zur Zeit gerade Scharlach herrschte und eines der drei Kinder der Frau sich von der Mutter mit Scharlach inficirte, war ein Beweis, dass es sich um diese Erkrankung handle. Den etwas abnormen Verlauf und das hohe Fieber schiebt C. auf den puerperalen Zustand der Frau, der für die Infection in hohem Grade empfänglich mache. Finger.



Bennett. Zur Therapie der Scarlatina. (Brit. med. Journ. 23. August, 1884.)

Entgegen der Warnung Well's, dass die Darreichung von Purgantien während der Eruptionsperiode der Scarlatina bei daselbst eingetretener Stuhlverstopfung von sehr unangenehmen Erscheinungen gefolgt sein könne, hebt B. hervor, er habe in einer grossen Zahl von Fällen Purgantien ohne Nachtheil gereicht, ja dieselben üben, bei Stuhlverstopfung verordnet, auf den Verlauf des Processes einen günstigen Einfluss. Finger.

Comby. L'exanthème de la varicelle. (Progrès méd. Nr. 30, 1884.)

Comby beschreibt drei Fälle von Varicellen, bei denen das Exanthem sich auf der Mundschleimhaut, der Zunge, Conjunctiva und Vulva localisirte, und von welchen der dritte Fall durch eine heftige ulceröse Stomatitis sich noch überdies auszeichnete. Horovitz.

Rasch. Nephritis nach Varicellen. (Tijdskrift for praktisk Medicin Nr. 4, 1884.)

Verf. theilt eine sich schon vom Jahre 1865 datirende Beobachtung von Nephritis nach Varicellen mit. Bei einem 2jährigen Knaben sind am 3. September die Varicellen ausgeschlagen; am 11. Sept. bemerkte die Mutter, dass das Kind ein gedunsenes Gesicht hatte, schläfrig und matt war, viel Durst und wenig Appetit hatte. Als Verf. am 12. Sept. den Pat. wieder sah, war fortwährend Oedem des Gesichtes und den unteren Extremitäten vorhanden. Im gelbbraunen Urin wurde Eiweiss, Blutkörperchen und ziemlich zahlreiche Epithelcylinder nachgewiesen. Am 21. Sept. war nach Anwendung warmer Bäder und einer Sol. acet. ammon. das Oedem geschwunden, und der jetzt licht gewordene Urin enthielt nur Spuren von Eiweiss und wenige Cylinder; am 24. Sept. war der Urin ganz normal.

Boldomero - Sommer. Einige Notizen über die Blattern in Buenos-Ayres und die Blattern der Indianer. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie Bd. III, Nr. 12, 1884.)

Nach Dr. Sommer treten in Buenos - Ayres häufige und schwere Blattern-Epidemien auf. Die Ursache sei erstens der Mangel des Impfzwanges, zweitens die Verschleppung des Krankheitskeimes durch die Indianer.



Die Indianer seien eben wegen des Mangels jeder Impfung sehr empfänglich für die Infection mit dem Blatterngifte und nehmen auf ihren Zügen durch Städte und Dörfer den Krankheitskeim in sich auf. So entstanden auch die zwei letzten sehr devastirenden Epidemien durch die nach Buenos-Ayres gefangen gebrachten Indianer. Von diesen selbst ist die Krankheit sehr gefürchtet, so dass sie, wenn ein Fall in der Wildniss vorkommt, entweder wegziehen, oder den Kranken, in ein Fell geschlossen, von Pferden weit wegschleifen lassen, um ihn dann seinem Schicksale zu überlassen. Die Form, unter welcher die Blattern bei den Indianern auftreten, sei die hämorrhagische; confluente Blasen von einigen Centimetern im Durchmesser keine Seltenheit. 95% enden letal.

Neuester Zeit mache sich der segensreiche Einfluss der Impfung erstens durch mildere Form, zweitens durch Seltenheit des Auftretens geltend. Sommer's College Penna fand in der Terpentinessenz (täglich 6·00 in Gummilösung) ein Mittel, welches bei der hämorrhagischen Form der Blattern nicht nur die Zunahme der Hämorrhagie hemme, sondern in manchen Fällen sogar rettend wirke (? ? ? A.).

Neumann. Purpura variolosa, Variola vera und Variola sine exanthemate in einer Familie. (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 43, 1884.)

Im Anschlusse an eine stets mit nervösen Erscheinungen verlaufende Menstruation traten bei einer 27 Jahre alten Person Kopfschmerzen, Mattigkeit und Muskelzuckungen auf, zu welchen sich nach weiteren 3 Tagen ein Schüttelfrost und eine Temperaturerhebung auf 40·5 hinzugesellten. Gleichzeitig Eruption eines scharlachartigen Exanthems im Gesichte und auf den Extremitäten, das bald schwand um einer Quaddeleruption Platz zu machen. Anhaltend hohes Fieber, 120 Pulsschläge und heftige Kreuzschmerzen. Am fünften und sechsten Krankheitstage Schüttelfröste, Erbrechen und Präcordialschmerzen; Sensorium frei. Am siebenten Tage Blutungen in die Conjunctiva bulbi links, Blutungen aus der Rachenschleimhaut, blutiges Erbrechen und endlich Blutungen aus den Harn- und Geschlechtsorganen. Am achten Tage trat der Tod ein, nachdem noch zuvor punktförmige Blutaustritte in die Unterbauchgegend sich eingestellt hatten.

Etwa zwei Wochen nach Beginn dieses Falles erkrankte die 17jährige Schwester mit den gleichen initialen allgemeinen und cu-



tanen Erscheinungen, nur dass auch sofort Schüttelfröste einsetzten. Es kam zu keiner Pockenbildung und unter Abnahme des Fiebers und der Schmerzen erfolgte die Genesung. Trotz sofort vorgenommener Impfung der ganzen Familie erkrankte auch die dritte Schwester. Fehlen des Initialexanthems. Nach dreitägigem hohem Fieber zeigten sich rothe Flecke, aus welchen das Variolaexanthem sich entwickelte. Im Weiteren normaler Verlauf einer schweren Variola vera confluens. Genesung. Horovitz.

J. Heitzmann. Vicarirende Menstruation und Menstrual-Exantheme. (Wr. med. Jahrb. 1884.)

Sowohl aus Heitzmann's, als auch aus den von ihm angeführten fremden Beobachtungen geht hervor, dass zur Zeit der Menstruation nicht die Geschlechtsorgane allein sich im Zustande der Congestion befinden und dass bei vorkommender Behinderung des Blutabganges aus der Schleimhaut des Uterus das Gleichgewicht der Blutvertheilung durch Ergüsse an anderen Stellen compensirt werde. In Anbetracht dessen, dass die weiblichen Genitalorgane in einem gewissen Reciprocitäts-Verhältnisse zur Hautdecke stehen (Chloasmata uterina, Behaarung gewisser Körperregionen und Pubertät, Bläschen-, Blasen- und Knötchenproruption und Sexualleiden etc.) ist es erklärlich, wenn gewisse Functionsstörungen der Uterusschleimhaut mit ungewöhnlichen cutanen Erscheinungen ausgeglichen werden. Dem entsprechend konnten sowohl H. als auch andere Beobachter constatiren, dass bei Amenorrhöe Sugillationen, Ecchymosen, Petechien, erythemartige Efflorescenzen, urticariaartige Hautblüthen und Papeln an verschiedenen Körpertheilen in regelmässigen, periodisch sich wiederholenden Zeiträumen auftraten und verschwanden. Mit Behebung der Ursachen dieser anomalen Menopause trat regelmässiger Blutabfluss aus dem Uterus auf und die Veränderungen an der Hautdecke kamen nicht zum Vorschein, H. ist daher der Ansicht, dass das Ausbleiben der menstrualen Blutung und die vicarirenden Erscheinungen der Haut Folgen einer und derselben Störung in den Functionen des Gesammtorganismus sind. Horovitz.

Spencer. Fall von Erythema multiforme. (Brit. med. Journ. 6. Sept. 1884.)

Eine neunzehnjährige, schwache, anämische Blondine klagte nach anstrengender Arbeit mehrere Tage über Schmerz im Kreuz, in



den Gliedern, Kopfschmerz, Husten. Vier Tage nach Beginn der Erkrankung traten einige Flecke am Handrücken auf, die sich am sechsten Tage in Form linsengrosser, ovaler, rother Knötchen auch über Extremitäten, Nacken und Brust verbreiteten, welche über den Handgelenken, Knien, Ellbogen, am dichtesten standen, an Stirn und Bauch fehlten. Diese Papeln nahmen rasch an Grösse zu, confluirten und nahmen im Centrum livide Farbe an. Am achten Tage begann der Ausschlag abzublassen und war am elften Tage geschwunden. Allgemeinsymptome, hohes Fieber, das sich zwischen 39·5 und 40 hielt, Puls von 110—120, Kreuzschmerzen hätten an Variola denken lassen können, wenn nicht die Form des Exanthemes für Erythem den Ausschlag gegeben hätte. (Was ist denn daran Besonderes? A.)

Ollivier. Hauteruptionen neben Chorea und Rheumatismus. (Gaz. des Hôpitaux Nr. 63, 1884.)

Ein dreizehnjähriges Kind zeigte eine typische Chorea, welche auch die Gesichtsmuskeln betraf, daneben Schmerzen in den Kniegelenken und Herzaffection. Im Verlaufe der Erkrankung entwickelte sich ein polymorphes Exanthem, welches aus grösseren und kleineren Flecken und Knötchen bestand, am Rumpfe und an den Extremitäten von mässigem Jucken begleitet.

Bei einer zweiten Kranken desselben Alters war eine urticariaähnliche Hautaffection das erste Symptom des Processes, Schmerzen und Röthung der Handgelenke folgten nach einigen Tagen nach, woran sich erst eine hartnäckige und recidivirende Chorea schloss. Es liegt nahe, in der Chorea, den Hauteruptionen und den Gelenksaffectionen Localisationen desselben Processes zu sehen. Freud - Wien.

Gamberini. Fall von polymorphem Erythema exsudativum, durch Bromeinfluss bedingt. (Rivista intern. di Medic. 1884. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 2. 1884.)

Eine 25jährige Wärterin war bis in ihr 21. Lebensjahr stets gesund, um diese Zeit fing sie an, häufig an Kopfschmerz zu leiden, der auf den Gebrauch von grossen Dosen Bromkali sistirte; nach etwa einem Monat des Gebrauches des Bromkali erschienen auf den Beinen blaurothe, rundliche Flecke, die stellenweise über die Haut erhaben waren, juckten, spontan schwanden, wenn der Gebrauch des Bromkali ausgesetzt wurde.



Vier Monate nachdem der Kopfschmerz geheilt war, fing sie an an heftigem Schwindel zu leiden, der in kurzen Intervallen wiederkehrte. Nach zweimonatlichem Gebrauch des Bromkali liess der Schwindel nach, der Ausschlag kehrte wieder. 5 Monate später kamen nebst Schwindel auch Convulsionen, Verlust des Bewusstseins.

Auch diesmal brachte Bromkali Erleichterung, doch kehrten die Anfälle, wenn es ausgesetzt wurde, stets wieder, weshalb Pat. continuirlich Bromkali nahm. Die Hautausschläge kehrten nun zu verschiedenen Zeiten wieder, immer an den Füssen, sie vermehrten und verschlimmerten sich bedeutend. Neben den Flecken traten Blasen und ausgebreitete, blaurothe Ulcerationen auf, die ärztlicher Behandlung widerstanden.

Die Patientin wurde mit Chininarsen in Tagesdosen von 0·10 und örtlich mit Salz Salpetersäure-Bädern (Acid. nitric.; acid. muriat. āā 20·0 Aq 25 Liter) behandelt und in zwei Monaten auch hergestellt.

G. stellte die Diagnose eines multiformen Erythema exsudativum, hervorgerufen durch den Gebrauch des Brom und ist der Ansicht, das Arsen-Chinin habe viel dazu beigetragen, die Hautkrankheit zum Schwunde zu bringen, indem es frühzeitig die nervöse Centralstörung heilte. **Auspitz.**

Duhring. Notes of a case of Dermatitis herpetiformis multiformis etc. (Philadelphia med. Times July 1884. und Journ. of the Amer. medic. Association. August 1884.)

Duhring liefert als Grundlage einer ausführlichen Monographie mehrere Krankengeschichten von „Dermatitis herpetiformis", darunter jene eines eigenen Falles, eine 28jährige Frau betreffend, bei welcher vor 11 Jahren das Leiden im Anschlusse an die Gravidität und nach erfolgter Entbindung unter andauernden Unregelmässigkeiten in der Menstruation sich entwickelte und von da ab alle möglichen Stadien der Efflorescenzbildung, als Bläschen-, Pusteln-, pemphigoide Blasen- und impetiginöse Geschwürsbildung beobachtet wurden. Manchmal machte der Process für Wochen und Monate Stillstand, um nach ebenso langer Zeit wieder mit erneuerter Heftigkeit zur Erscheinung zu kommen. Die locale Application von Schwefelpräparaten und innerliche Anwendung von Eisen und Arsenik vermochten für längere Zeit Besserung herbeizuführen.

Das Wesen der Krankheit ist angeblich ein Entzündungsprocess



in der Haut von herpetiformem Charakter, mit ausgesprochen chronischem, zu Recidiven sehr geneigtem Verlauf, welcher unter schweren Allgemeinsymptomen, wie Fieber, Ueblichkeiten, Kopfschmerz etc. und unter heftigem Hautjucken zum Ausbruche gelangt, dabei sowohl im Eruptionsstadium, wie im späteren Verlauf der Dermatose eine grosse Polymorphie der Efflorescenzen darbietet, welchem Umstande der Autor auch durch die Eintheilung in Dermatitis herpetiformis erythematosa, vesiculosa, bullosa, pustulosa, papulosa und multiformis Rechnung getragen hat.

Die Krankheit erweist sich refractär gegen alle therapeutischen Massnahmen, recidivirt und exacerbirt sehr häufig. Hochsinger.

Stauungs-Dermatosen (Dermatosen mit vorwaltender passiver Circulationsstörung A.).

Unna. Die Stauungs-Dermatosen des Unterschenkels und ihre Behandlung. (Sonderabdruck d. deutsch. Medicinal-Zeitung Heft 39. 1884.)

Zuvörderst handelt es sich nach Unna bei Stauungs-Dermatosen des Unterschenkels darum, die Stauung zu beheben und sodann den jeweiligen krankhaften Zustand in Behandlung zu ziehen. Durch erhöhte Lagerung der Extremität wird wohl die Stauung für die Zeit dieser Lagerung hintangehalten; wo man aber dieses Resultat auch ohne den Kranken an das Bett zu fesseln erreichen will, muss man zu anderen Mitteln greifen. Zu diesen gehören die circulär angelegten Binden, der Gummistrumpf und die Martin'sche Binde. Bei Neigung zu starker Transpiration oder Erythembildung wird durch die wasserdichte elastische Binde mehr geschadet als genützt. Die Shoemaker'schen, aus Gummi und Seide hergestellten, wohl elastischen aber transpirablen Binden sind viel zu kostspielig. U. cultivirt nun seit Jahren mit gutem Erfolge folgende Behandlung: Nach erfolgter Einleimung des erkrankten Unterschenkels bis auf die nässende und ulceröse Stelle mit erwärmtem Zinkleim wird eine zweiköpfig gerollte, appretirte Mullbinde in Wasser getaucht und so um die Extremität gewickelt, dass die Bindenköpfe über der nässenden und ulcerösen, mit einem entsprechenden Medicamente bedeckten Stelle sich kreuzen. Man legt den Verband so fest an, als es der Patient verträgt.



Was die Localbehandlung der verschiedenen, in Folge der Circulationsstörung auftretenden Affectionen betrifft, entspricht diese den bekannten Grundsätzen des Autors; neben äusseren Medicamenten werden noch innerliche Mittel verabreicht. Bei den Unterschenkelgeschwüren macht U. wie in seinen anderen Schriften auf den Unterschied in der Behandlung, wenn es sich um Granulations-Bildung oder Ueberhäutung handelt, aufmerksam.

Horovitz.

Barduzzi. Hautleiden Diabetischer. (Gaz. degli Ospitali 1884. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 5. 1884.)

Der Autor zählt zu den diabetischen Hautleiden die folgenden: 1. Erytheme. 2. Urticaria papulosa. 3. Furunkel. 4. Gangrän. 5. Paronychien. 6. Nekrose. 7. Hautjucken. An den Geschlechtsorganen allein: 1. Erytheme. 2. Eczeme. 3. Herpes. 4. Balanitis. 5. Pruritus. Der Autor schliesst seine Betrachtungen mit den folgenden Sätzen: Er gibt eine specielle Gruppe von Hautleiden, die in Folge ihres Ursprunges, ihrer Symptome, ihrer Behandlung würdig sind erneuter klinischer und chemischer Untersuchungen. Hieher gehören insbesondere jene Veränderungen, die in Folge von Diabetes am Genitalapparate sich entwickeln können. Alle diese Symptome können einen Diabetes enthüllen, der bisher noch kein anderes Symptom gezeigt hatte, oder dessen andere Symptome bisher anders gedeutet worden waren. Verf. betont schliesslich, dass bei Diabetischen Hautkrankheiten beobachtet werden, welche mit dem Diabetes nichts gemein haben, als die Coincidenz, aber in Folge der den Gesammtorganismus modificirenden Erkrankung auch Veränderungen der Form und des Verlaufes erleiden, deren genaues Studium dieselben von den wirklich diabetischen Hautkrankheiten zu unterscheiden erlaubt.

Finger.

C. Pellizzari. Ulcera cutanea d'origine nervosa (? R.) (Bollettino della Società dei cultori delle Scienze mediche. II. 1884.)

Im December 1883 wurde P. ein 17 Monate alter Knabe mit einem Geschwür an der Wade vorgestellt. Derselbe war cachektisch, anämisch, beide untere Gliedmassen, besonders aber die linke untere Extremität sehr abgemagert. An der Mitte der linken Wade sass ein ovales Geschwür, mit seinem längeren Durchmesser von 3 Ctm. zur Länge der Wade quergestellt. Das Geschwür durchdrang Haut und subcutanes



Gewebe bis auf die Muskeln. Der Grund des Geschwüres ist blass und eitrig, die Ränder gegen den Grund allmählich abfallend. Anamnestisch wurde constatirt, dass der bis dahin kräftige Knabe vor 3 Monaten an heftiger Diarrhöe erkrankte, die 30 Tage dauerte. Mitte October 1883 entwickelte sich, während der Knabe in Folge der Diarrhöe sehr rasch abzehrte, an der linken Wade eine Blase, welche platzte, es entleerte sich blutiges Serum. Der Grund der Blase bedeckte sich mit mortificirtem Gewebe, das immer mehr zunahm. Die elektrische Untersuchung ergab am ganzen Körper normale Verhältnisse, bis auf die linke Unterextremität, die bedeutende Herabsetzung der faradischen und galvanischen Muskelerregbarkeit ergab. Elektrische Behandlung führte nach 14 Sitzungen zur Heilung der Wunde, welche P. als Rupia escharotica (Willan-Bateman) auffasst. Finger.

Eichhoff. Zur Aetiologie der multiplen cachektischen Hautgangrän. (Deutsch. med. Wochenschrift Nr. 47, 1884.)

Bei durch irgend eine überstandene oder noch bestehende Krankheit cachektisch gewordenen Kindern entstehen nach E. bisweilen Ulcerationen der Haut in grosser Anzahl, die bald einen gangränösen Charakter annehmen. E. beobachtete drei derartige Fälle. Der letzte Fall betraf ein $1^1/_2$ Jahre altes Kind, welches zwei Wochen vor Ausbruch der Erkrankung Masern überstanden hatte. An der Hautdecke dieses Kindes waren zerstreut Flecken dunkelrother Farbe, Blasen trüben Inhaltes und Geschwüre mit steilen Rändern und schmierig-speckigem Grunde zu gewahren. Einzelne Geschwüre sind mit einem trockenen schwarzen Gangränschorf bedeckt.

E. untersuchte die vom Geschwürsgrund hervorgeholten Massen unter dem Mikroskope und fand in denselben nebst Eiterkörperchen und Zellen eine ganz bestimmte Pilzform, die der Grösse und Beschaffenheit nach mit Trichophyton tonsurans Malmsten übereinstimmte. Auffallend war die grosse Menge der Mycelien. Die Bacterien hält E. für unwesentlich in diesem Befunde, da er in dem Schimmelpilze den Krankheitserreger gefunden zu haben glaubt, der in einem geschwächten Organismus mit reducirter Zellthätigkeit diese Krankheit bewirken könne. Entsprechend dem Befund war auch die Therapie dieses Leidens. Nächst der internen Verabreichung roborirender Mittel wurde eine kräftige (?) Thymolsalicylsalbe local applicirt. Heilung nach acht Tagen. Horovitz.



Fournier. Rapide Gangrän des Penis. (Semaine médicale Dec. 6, 1883.)

Der mitgetheilte Fall ist der vierte, den Fournier beobachtete. Unter Fieber und der Entwickelung einer allgemeinen Purpura der Penisdecke wird dieselbe rasch brandig und abgestossen. Eine venerische Infection war nicht nachzuweisen. F. ist geneigt, in diesem Uebel eine selbstständige Krankheitsform zu sehen. Horovitz.

Valentin. Ueber hereditäre Dermatitis bullosa und hereditäres acutes Oedem. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 10, 1885.)

Valentin bezeichnet als hereditäre Dermatitis bullosa eine Hautaffection, die in einer bei Bern wohnenden Familie seit wenigstens vier Generationen erblich und bis jetzt in 11 Fällen constatirt ist, von denen nur zwei Frauen betrafen. Keine Generation war übersprungen und von keiner gesunden weiblichen Descendentin das Uebel auf die Nachkommen übertragen. Der intensivste, aber für Alle typische Fall betraf einen 16jährigen kräftigen Mann, dessen Haut für Stich und elektrischen Reiz normal empfindlich erschien, aber eine Urticaria factitia rubra zeigte. Im Winter fast frei von abnormen Erscheinungen, erhielt er im Sommer von jeher durch geringen, aber anhaltenden Druck (Sitzen auf Holzbänken, Druck der Strumpfbänder oder Hosenträger, Gehen, Händearbeit) reichliche Blasenbildung auf der Haut. Die Blasen, fast durchwegs ohne entzündliche Beschaffenheit der Haut, erbsen- bis wallnussgross und darüber; Inhalt klar, schwach gelblich, langsame, narbenlose Verheilung, nach der die Stellen immer eine Weile geröthet blieben.

Verfasser findet einige Aehnlichkeit mit gewissen gutartigen Pemphigusformen; man müsse eine erbliche Verminderung der Resistenz gegen Traumen in den Geweben der Haut annehmen. Verf. hat auch die Erblichkeit des von Quincke-Dinkelacker beschriebenen fliegenden acuten Oedems bestätigen können. (Die Fälle Valentin's möchten kaum als Dermatitis aufzufassen sein, sondern schliessen sich (als persistirende Form) an die Akantholysen Auspitz's an: Verminderte Resistenz der Stachelschicht, bei geringer Läsion Austritt von Serum, mit gar keiner oder secundärer Fluxion. Die bestehende Urticaria fact. rubra zeigt, dass ausserdem angioneuritische Disposition vorhanden war. Wichtiger als die chemische Analyse des Blaseninhalts wäre die Untersuchung, ob die Blasen fächerig sind, gleich denen des



Eczems der Pocken oder ohne Maschen, wie sie Auspitz im Pemphigus fand.) Caspary.

Harley. Die Pathologie des Myxödems, an einem typischen Falle illustrirt. (Sitz. der Roy. med. and chir. Soc. v. 8. April 1884. Brit. med. Journ. Nr. 1216 S. 762, 19. April 1884.)

H. berichtet über die Section eines typischen Falles von Myxödem. Dieselbe ergab Adhäsionen und Verdickung der Pleura, fibröse Degeneration einer Lunge, die thoracalen Lymphdrüsen in die dicken Pleuraschwarten eingeschlossen, Peritonitis. Daneben fielen folgende zwei Thatsachen auf: 1. Die Blutmenge war gering; obwohl das Herz contrahirt und leer, die geschrumpfte Lunge blutlos war, war doch der Blutgehalt der grossen Gefässe und Baucheingeweide gering. 2. In allen Körperorganen fand sich eine bedeutende Zunahme des Bindegewebes, ob auch der Mucingehalt vermehrt war, wagt H. nicht zu entscheiden. Das Nervensystem und der Sympathicus zeigten keine besonderen Veränderungen. H. sieht das Myxödem, sowie das Sclerem als Krankheitsbilder an, welche durch Erkrankung der sympathischen Ganglien bedingt werden und will ihnen daher nicht einen Platz als specifische Krankheiten anweisen, sondern sie nur als Varietäten chronischen Siechthums ansehen, welche von einer Herabsetzung der vitalen Functionen abhängen und mit fibröser Degeneration besonders der Lungen vergesellschaftet sind, welche Veränderung sich meist auf eine vorausgegangene entzündliche Erkrankung zurückführen lässt. In der Discussion, die sich anschliesst, macht Ord auf geistige Störungen und die auffällige Atrophie der Schilddrüse in diesen Fällen aufmerksam. Ralf betont die auffällige Blutarmuth dieser Individuen, die sich auch im Leben durch den geringen Gehalt des Urins an Harnsäure äussert. Was die Zunahme des Bindegewebes betrifft, so nehme nur die Grundsubstanz, nicht aber die Bindegewebselemente zu und diese bestehe eben vorwiegend aus Mucin. Morochowitz habe nachgewiesen, dass beim Embryo alles Bindegewebe aus dem Collagen und Mucin stamme, es sei nun möglich, dass es sich beim Myxödem um eine retrograde Metamorphose handle, bei welcher das Bindegewebe auf den embryonalen Typus zurückkehrt. Hadden betont, dass die Veränderungen der Thyreoidea zum Krankheitsbild gehören und Harley bemerkt schliesslich, dass in seinem Falle geistige Störungen fehlten und er geneigt sei, das Hauptgewicht in seinem Falle auf Verände-

rungen des Sympathicus zu verlegen, die durch die heftige Pleuropneumonie bedingt, lange nach Heilung derselben das Myxödem hervorriefen. (? R.) Finger.

West. A case of myxoedema with autopsy. (Boston med. and surg. Journ. Nr. 3. p. 50, 1884. — Centralbl. f. klin. Med. Nr. 42, 1884.)

Fall von Myxödem bei einer hereditär mit Neurosen belasteten Frau, der, sehr genau mitgetheilt, im Wesentlichen mit den bislang beobachteten Fällen übereinstimmt. Gegen Ende des Lebens traten Schluckbeschwerden auf, die Zunge war enorm geschwollen, presste überall an die Zähne, auch das Wassertrinken war sehr erschwert. Bei Anstrengungen wurde Pat. rasch dyspnoisch, während des Schlafes wurde Cheyne-Stoke'sches Phänomen beobachtet. Eines Nachts trat ganz plötzlich während des Schlafes der Tod ein. Eine Menge während des Lebens angestellter therapeutischer Massnahmen war ganz ohne Nutzen geblieben.

Die Autopsie wurde sehr bald nach dem Tode angestellt.

Sie ergab ausser den im Leben schon beobachteten ödematösen Veränderungen der Haut auch eine ähnliche Infiltration der Lungenschleimhaut, welche zur Verengerung der Stimmritze geführt hatte und wahrscheinlich auch die Todesursache war. Gehirn normal; die Thyreoidea wurde beim Herausnehmen so verletzt, dass ihre Grösse nicht zu bestimmen war. Ihr Aussehen bot nichts Besonderes. Notirt ist noch ein reichlicher Blutgehalt in der Milz, den Nieren und der Leber.

Meller. Beitrag zur Lehre vom Sclerema adultorum. (Inaug.-Dissert. Strassburg 1884.)

In einem der beiden von Meller als Sclerem beschriebenen Fälle waren auf der allgemeinen Körperdecke auch scharf umschriebene Stellen rother Farbe und mässiger Elevation zu gewahren. Die oberen Extremitäten waren fast symmetrisch mit den Scleremflecken bedeckt. Die mikroskopische Untersuchung excidirter Stellen ergab Abflachung der Papillen und Rundzelleninfiltrate längs der Gefässe im dichtmaschigen Cutisgewebe. Patient, ein 67 Jahre alter Greis, starb ausserhalb des Spitales.

Im zweiten Falle handelte es sich um ein universelles Sclerem bei einem 49 Jahre alten Manne. Am stärksten ausgeprägt war die



Affection auf den Vorderarmen und Händen. In beiden Fällen war die Hautempfindlichkeit unverändert; im zweiten Falle die Schweisssecretion verringert. Auspitz.

Neuritische (durch Erkrankung sensibler Nervenelemente bedingte) **Dermatosen** und **Idioneurosen der Haut.**

Pozze. Trophische Störungen bei traumatischer, peripherer Neuritis. (Gaz. médic. de Paris 14. Oct. 1883.)

Ein 50jähriger Mann stürzte auf den rechten Ellbogen und zog sich eine Luxation dieses Gelenkes zu. Unmittelbar nach dem Trauma heftige Schmerzen im kleinen und Ringfinger, sofortige Lähmung einiger Muskeln des Vorderarmes. Im weiteren Verlaufe Schmerzen in der Hand und im Vorderarme ohne namhafte Sensibilitätsstörung. Zur Zeit der Aufnahme ins Spital bestand bereits Lähmung im Bereich aller Aeste des rechten Plexus brachialis, Atrophie der Muskeln selbst am Oberarm mit Veränderung der elektrischen Erregbarkeit.

Die Haut des erkrankten Gliedes war verdünnt und glatter als die des anderen Armes, die Nägel eigenthümlich verstärkt, die Temperatur in der Hohlhand um 1° C. gesteigert. Die gelähmte Hand selbst war der Sitz einer reichlichen Epithel-Desquamation, welche unverkennbar die Folge von Bläschenbildung mit Ruptur derselben war. Eigenthümlicher Weise trat Bläschenbildung mit nachfolgender Desquamation auch auf der linken nicht afficirten Hand in ganz symmetrischer Weise auf. Freud — Wien.

Scarenzio. Ueber einige Krankheiten, welche durch nervöse Reflexaction erzeugt werden. (Ann. univ. die Medic. 1884. Giorn. Ital. delle mal. ven. e della pelle 2. 1884.

Dass die Haut in Folge von nervösen Reflexactionen erkranken kann, ist eine bekannte Thatsache. Diese Veränderung der Haut kann sich nach Sc. äussern entweder in einfachen Kreislaufstörungen in den Capillaren, oder in materiellen Veränderungen.

Sc. wirft nun die Frage auf, ob es eine Nervenleitung gebe, seien es nun die Vasomotoren selbst oder von diesen verschiedene Nerven, welche peripher einen Eindruck empfangen, zum Centrum und von hier wieder nach der Peripherie leiten und an der peripheren Stelle eine trophische Störung bewirken können. Um dies zu beweisen, muss die

irritirende Ursache ausserhalb des Organismus sein, auf eine Partie, welche solche Nerven besitzt, einwirken, diese Wirkung zum Centrum und durch specielle Nerven nach der Peripherie geleitet werden und so eine Veränderung der Haut erzeugen, welche in dem Augenblick, als die Ursache schwindet, auch nachlässt. Er führt nun einige Fälle an, welche diesen Bedingungen entsprechen:

1. Ein 42jähriger Mann litt seit einigen Monaten an einem lästigen, ausgedehnten Hautjucken mit Aufspringen von Knötchen auch an Stellen, an denen er nicht kratzte. Der Kranke litt an Taenia und mit Entfernung des lästigen Gastes schwanden auch die Hautsymptome.

2. Auch in einem zweiten Falle schwanden ähnliche Symptome nach Beseitigung einer Taenia.

3. In einem dritten Falle wurden diese Symptome durch Oxyuris bedingt und durch Abtreibung derselben beseitigt. — Sc. schliesst daraus, dass:

1. Eine einfache Reizung einer Stelle, welche von Vasomotoren oder trophischen Nerven versorgt wird, durch diese nach dem Centrum geleitet werden kann, von woher sie Nervenfasern gleicher Dignität nach der Peripherie weiterbringen und eine trophische Erkrankung der Haut bedingen.

2. Dies spricht für einen wirklich speciellen trophischen Apparat, der von den Ganglien unabhängig ist.

3. Die Fasern dieses Apparates wirken in diesem Fall einfach als Leiter, was nicht hindert, dass sie, wenn sie oder ihre Ganglien materiell erkranken, trophische Hautkrankheiten bedingen.

Finger.

Fr. Stabell. Herpes zoster bilateralis. (Tijdskrift for praktisk Medicin, Nr. 13, 1884.)

Eine 18jährige Fabriksarbeiterin stellte sich am 21. März 1884 mit einem Herpes zoster vor, der sich vom 4.–6. Brustwirbel um die linke Thoraxhälfte herum verbreitete. Die Eruption war sehr heftig, die Bläschen sehr dichtstehend und in der Mitte der angegriffenen Hautpartien vollständig confluirend. Die Eruption entsprach der Ausbreitung des 4. und 5. Intercostalnerven. Am 27. März stellte sie sich wieder vor, jetzt auch mit einem rechtsseitigen Zoster, der aber vom ersten Lendenwirbel ausgehend um die rechte Hälfte des Unterleibes herum in schräger Linie sich zu der Symphysis pubis hinstreckte, also



der Verbreitung des N. iliohypogastricus und ilioinguinalis entsprechend. Sowohl in den links wie rechts afficirten Hautbezirken war eine hochgradige Anästhesie vorhanden, die ganze Dicke der Haut konnte mit einer Nadel durchstochen werden, ohne dass die Patientin es bemerkte. Boeck.

Pitrès und **Vaillard.** Beiträge zur Kenntniss der peripheren, nicht traumatischen Neuritiden. (Arch. de Neurologie Nr. 14, 15 und 17, 1883.)

Aus der vorliegenden interessanten Studie, welche ausführlich die histologischen Veränderungen der bei peripherer Neuritis degenerirten Nerven und die begleitenden Erkrankungen der Haut behandelt, seien zwei Beobachtungen mit anatomischer Untersuchung hervorgehoben: 1. Bei einer 30jährigen, an rechtsseitiger Pleuropneumonie verstorbenen Frau fanden sich die Narben eines Herpes Zoster im rechten sechsten Intercostalraum und frischer Zostereruption im elften Intercostalraum derselben Seite. Der sechste Intercostalnerv war im Zustande hochgradiger Degeneration, welche sich durch das Spinalganglion in die hintere Wurzel fortsetzte. Die Zellen des Spinalganglions anscheinend unverändert, im entsprechenden Rückenmarksabschnitt keine Veränderung (welcher Befund schlecht zu den herrschenden Anschauungen über die Bedeutung der Spinalganglienzellen für die Integrität der hinteren Wurzel stimmt, wenn der histologische Befund nicht etwa eine andere Auffassung zulässt. R.). 2. Bei einem Tabiker hatte sich Mal perforant in der planta pedis auf der einen Seite vor allen tabischen Symptomen auf der anderen einige Monate nach der ersten Manifestation der Tabes entwickelt. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigten sich insbesondere beide N. plantares interni entartet. Freud — Wien.

Deghilage. Trigeminusneuralgie verbunden mit trophischen Störungen. (Archives méd. belges. April 1884. — Centralbl. für klin. Med. Nr. 40, 1884.)

Entwicklung einer circumscripten Alopecie im Anschluss an eine Trigeminusneuralgie. Pat., ein Soldat, zeigte schon vorher eine circumscripte Alopecie der linken Seite, dicht oberhalb der Stirn, von der Grösse zweier Fünffrancstücke, angeblich im Verlaufe von „Kopfschmerzen“ entstanden. Während seines Aufenthaltes im Lazareth, in welches er als Reconvalescent wegen einer unklaren Brustaffection



aufgenommen, wurde er von einer Trigeminusneuralgie der rechten Seite mit äusserst heftigen nächtlichen Schmerzparoxysmen befallen. Es stellten sich entsprechend den seitlichen und hinteren Partien der rechten Kopfhälfte leicht geschwollene und geröthete, auf Druck schmerzhafte Plaques ein, in deren Bezirk innerhalb der dreiwöchentlichen Dauer der Affection die Haare völlig ausfielen.

Riehl. Hyperidrosis unilateralis. (Wiener medicinische Presse Nr. 34, 1884.)

Der Fall betraf eine 41jährige Frau, die am 4. November 1884 von Carl v. Braun wegen Carcinoma uteri operirt und am 28. Nov. behufs leichterer Reinhaltung in das permanente Bad der dermatol. Klinik gebracht wurde. Die Untersuchung ergab eine thalergrosse granulirende Wunde an der Stelle der Vaginalportion, leichten Bronchialkatarrh beider Lungen, Druckempfindlichkeit der Unterbauchgegend, sonst normale Verhältnisse. Pat. klagte, dass sie seit Jahren an linksseitigen Kopfschmerzen leide, die in unregelmässigen Intervallen wiederkehren und mit Röthung, Hitzgefühl und Schweiss an der linken Kopfseite verbunden seien. Am 28. November meldete sich ein Anfall und konnte damals folgender Befund constatirt werden: Röthung der linken Gesichtshälfte, Temperaturerhöhung daselbst bei sonst intactem Tastgefühl und ein gewisses unangenehmes Gefühl selbst auf leichte äussere Reize. Soweit die Röthung reichte, war Schweiss in thauperlenähnlichen Tropfen zu sehen, dessen Reaction sauer war. Linke Pupille erweitert, beide Conjunctiven etwas geröthet. Der Anfall dauerte 36 Stunden. Frühere Anfälle waren mit Brechreiz und wirklichem Erbrechen verbunden. Am 4. December trat der letale Ausgang ein. Peritonitis und Herzverfettung. Das Ganglion sup. sin. des Sympathicus vergrössert, stärker injicirt und geröthet. Der ganze Querschnitt des Ganglion erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung von Rundzellen durchsetzt. Die Gefässe stark mit Blut gefüllt, die einzelnen Venen unregelmässig ausgebuchtet. Eine Gruppe von Ganglienzellen war geschrumpft, stellenweise war auch ein Bluterguss zwischen den Ganglienzellen und den Kapseln derselben zu sehen. Die Rundzelleninfiltration war auf der ganzen Länge des Ganglion zu constatiren, die Nervenfasern waren unverändert.

Riehl sieht in den klin. Erscheinungen die Folge der Reizung sympathischer Fasern. Horovitz.



Le Page. Plica neuropathica. (Brit. med. Journ. 26. Juni 1884.)

Bei der Plica neuropathica soll im Gegensatz zur „polonica“ (? R.) die Kopfhaut intact sein, weder Haare noch Follikel bieten Veränderungen dar und die Verflechtung ist keine regellose, sondern in gewissem Sinn symmetrische. Verf. berichtet über folgenden Fall: J. K., ein 17jähriges Mädchen, besuchte ihn am 30. September 1882; das schlecht genährte, bleichsüchtige Mädchen klagte, sie hätte seit etwa einer Woche allgemeine Schwäche und Betäubung, dabei stechende und reissende Kopfschmerzen gefühlt. In der Hoffnung sich Linderung zu verschaffen, nahm sie am 29. September ein warmes Bad, nach welchem sie in Gegenwart ihrer Eltern die Haare trocknete und kämmte. Während sie so auf der linken Kopfseite beschäftigt war, fühlte sie auf der rechten Kopfhälfte einen Schmerz, als ob ihr die Haare ausgerissen würden und als sie hinfühlte, fand sie angeblich ihr ganzes, 5′ langes Haar in einen Knoten zusammengerollt, den zu entwirren ihre Eltern sich vergebens bemühten. Die Untersuchung ergab: die Haare der linken Kopfhälfte glatt, leicht gerollt, geschmeidig, die der rechten von der Mittellinie an in einen Klumpen geballt, unter dessen oberster Schichte sich deutliche Anordnung in Wirbeln und Schleifen erkennen liess. Die Kopfhaut intact, die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Haare verschieden geformte Querschnitte darboten, die geringelten runde, die in Schleifen gelegten platte Querschnitte hatten. Der Verf. ist nun bemüht, die der Verkneuelung der Haare vorausgehenden Erscheinungen, das Reissen und Zucken, als Krampf der Arrectores pili zu deuten und daraus die Verkneuelung zu erklären, indem er, obwohl das Mädchen hysterisch, doch eine mechanische Ursache aus den Angaben derselben und der Eltern ausschliesst. (Auch eine absichtliche Täuschung? R.) Finger.

Behrend. Zwei Fälle von Prurigo nach Scharlach; ein Beitrag zur Aetiologie der Prurigo. (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 25, 1884.)

Behrend glaubt in zwei Fällen das Auftreten von Prurigo in Folge überstandenen Scharlachs sicher annehmen zu können. Dabei ist hervorzuheben, dass beide Male nach erfolgter Desquamation eine Pusteleruption auftrat, welche auch die palma manus und planta pedis nicht verschonte und auf die dann im 4. und 5. Lebensjahre die typische (? R.) Prurigo folgte. B. weist noch auf die an die Vaccination





sich anschliessenden Impfausschläge acuter Natur hin, welche meist mit dem Abtrocknen der Vaccinepusteln verschwinden, manchmal aber doch selbstständig chronisch weiterbestehen. Man müsse daher annehmen, dass bei vorhandener Disposition der Haut zu irgend einer Erkrankung unter dem Einflusse eines im Blute circulirenden Giftes bald diese bald jene Hautaffection auftreten könne; in den obangeführten Fällen Prurigo unter dem Einflusse von Scharlachgift (?).

Auspitz.

Epidermidosen (Wachsthums-Anomalien der Haut von epithelialem Ursprung und Typus A.).

Hilbert. Partielle Hypertrichosis neben angeborener Ichthyosis circumscripta. (Virchow's Arch. Bd. 99. Heft 3. 1884.)

Hilbert fand bei einer jungen, gesunden Dame — gegenüber dem sonstigen Sitze congenitaler partieller Hypertrichose am Rumpfe — diese Affection an einer Extremität, gepaart mit ganz circumscripter Ichthyosis. Die abnorme, gleichmässige, ziemlich dichte Behaarung betraf die linke Schulter und den linken Arm bis zur Höhe des Processus styloideus radii; die Hand war normal. Die einzelnen Haare, etwa 1 Ctm. lang, ziemlich dick, wie borstenartig anzufühlen; die Farbe nicht röthlich wie die des Haupthaares, sondern braun; die Haut darunter lichtbraun pigmentirt gegenüber der hellen Färbung der übrigen Haut, sonst normal. Inmitten, über der Spina scapulae, eine haarfreie, dunkelbraune, durch zahlreiche Risse in polygonale Felder getheilte Stelle (Ichthyosis simplex). Caspary.

Amicis. Ueber einen seltenen Fall von Hystricismus mit universeller Seborrhöe. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 6, 1884.)

Am 7. Jänner 1884 wurde ein 55jähriger gesunder Mann mit äusserst seltenen Veränderungen der äusseren Haut aufgenommen. Die Eltern des Mannes waren gesund und starben in hohem Alter. Niemand in seiner Familie leidet an einer Hautkrankheit. Seine Erkrankung begann im zweiten Lebensjahre, indem sich auf der Haut zunächst Flecke von rother Farbe, rundlicher Form und unregelmässiger Begrenzung bildeten, die über den Körper zerstreut waren, nach mehrmonatlichem Bestande eine mehr braune Farbe annahmen, sich



mit Hornprodukten derselben Farbe bedeckten. Beim Ablösen der letzteren, das von heftigen Schmerzen begleitet war, blieb eine rauhe Oberfläche zurück, welche kleine, kaum stecknadelkopfgrosse papilläre Excrescenzen zeigte, die beim Abschneiden bluteten. Die Horngebilde wuchsen und wenn sie ihre grösste Entwicklung erreichten, lockerte sich ihr Zusammenhang, sie fielen ab und wurden durch neue ersetzt. Ausser stellenweisem Jucken empfand Pat. keine abnormen Sensationen. Die Untersuchung des kräftigen Mannes zeigt den Hals, den Rücken, mit Ausnahme zweier Flecke über den Lenden, umschriebene Stellen von Brust und Bauch, die oberen und unteren Extremitäten, Hand- und Fussrücken, mit vollständiger Freilassung der Gelenksbeugen, des Genitale, After, der Interdigitalspatien, mit Horngebilden von brauner Farbe bedeckt, welche, an den peripheren Körperpartien am höchsten, gegen den Rumpf zu abnehmen, prismatische oder cylindrische Form, eine geriffte Oberfläche und polyedrischen Durchschnitt haben, rund oder oval gestaltet sind, der Haut senkrecht und nur an Hand- und Fussrücken alle im gleichen Sinne schief aufsitzen sowohl am Halse als an der Brust vorwiegend von Ansammlung sebumartiger Massen gebildet, durch Kratzen leicht zu zerstören sind, fettiges Gefühl und eine rothe hyperämische Hautstelle hinterlassen. Sensibilität auch an den verhornten Stellen intact, Schweiss- und Talgsecretion vermehrt.

Die mikroskopische Untersuchung einer von dicken Hornauflagerungen bedeckten Partie ergibt: Vergrösserung und Verlängerung der Papillen, die Blutgefässe der Papillen und des Stratum reticulatum sehr weit. Arrectores pilorum sehr ausgebildet, die Talgdrüsen vergrössert, viellappig, die Ausführungsgänge erweitert, mit Talgmassen erfüllt, die Schweissdrüsen erhalten. Das Rete Malpighii, sehr verbreitert, schickt zwischen die Papillen oft verzweigte Ausläufer aus. Das Str. granulosum verdickt, aus 3—4 Reihen Eleidin führender Zellen gebildet, die Hornschichte immens entwickelt, die Zellen in den tieferen Reihen compact, nach oben zu mehr locker angeordnet, haben Zwischenräume; auf Querschnitten erscheinen sie deutlich concentrisch geschichtet, zu ovalen und rhombischen Figuren angeordnet.

Die chemische Untersuchung ergab über 70% Keratin.

Als das Primäre des ganzen Processes betrachtet der Autor die Vergrösserung des Str. epitheliale, welches mit seinen Auswüchsen tief zwischen die Papillen eindringt, wobei aber die Vergrösserung der Papillen selbst so bedeutend ist, dass die Tendenz zum vermehrten



Wachsthum gleichmässig Epithel, Papillen, Bindegewebe getroffen zu haben scheint. Die Verbreiterung des Str. granulosum und dessen vermehrter Eleidingehalt sind ein deutliches Zeichen des lebhaften Verhornungsprocesses, wie ja auch die chemische Untersuchung bedeutende Mengen Keratin nachgewiesen hat.

Die Veränderung der Talgdrüsen gehöre nicht unbedingt zum Process der Ichthyosis histrix, so dass man unsern Fall speciell als Ichthyosis sebacea bezeichnen könne, da diese Processe nicht als Stadien derselben Erkrankung, sondern als eigene Ernährungsstörungen anzusehen seien, während die Ichthyosis histrix den als Naevi verrucosi, Papillomatosis cutis neuropathica bezeichneten Processen näher stehe. Finger.

Blair. Erfolgreiche Behandlung eines Naevus mit örtlicher Application von Arsenik. (Brit. med. Journ. Nr. 1226. S. 762, 19. April 1884.)

Dem Verf. wurde die Behandlung eines Naevus übergeben, der auf dem behaarten Kopfe sehr ausgebreitet über der vorderen Fontanelle lag. Nachdem die Impfung auf demselben von der Mutter des Kindes verweigert wurde, wandte der Vf. den von Beatty empfohlenen Liquor arsenicalis mit dem Erfolge an, dass Pat. in sieben Wochen vollständig geheilt wurde, ohne während dieser Zeit an besonderen Schmerzen zu leiden, ausgenommen wenige Tage, als der Naevus ulcerirte. Zweimal wurde die Behandlung durch gastrische Erscheinungen unterbrochen, die stets nach zwei bis drei Tagen schwanden und nach der Ansicht des Vf. durch Resorption des Mittels bedingt wurden. Finger.

Mackenzie. Zwei Fälle von Lichen planus, in denen die Eruption entlang dem Verlauf der Nerven angeordnet war, mit Bemerkungen über den Einfluss des Nervensystemes auf die Vertheilung von Hautkrankheiten. (Harveian Soc. of London 1884. 16. Octob. Brit. med. Journ. 1884. 29. Nov.)

Der Autor berichtet über zwei Fälle von Lichen planus, in deren einem bei einem Weibe die ersten Efflorescenzen in Form eines Halbgürtels am Rücken und Bauch, ähnlich wie bei Herpes zoster angeordnet waren und es erst später zu universeller Ausbreitung kam; während in dem zweiten Falle, auch bei einem Weibe, die ersten



Efflorescenzen die Innenfläche des Armes, entsprechend dem Verlauf des N. cutaneus brachii internus und ulnaris einnahmen. Im Anschluse daran bespricht der Vf. die anderen Formen von Hautkrankheiten, die nach dem Verlauf der Nerven auftreten, demonstrirt Präparate von Spinalganglien bei Herpes zoster und kommt zum Schlusse, dass nicht nur Erkrankungen der Nerven für das symmetrische Auftreten von Hautkrankheiten verantwortlich gemacht werden können, sondern auch die Gleichmässigkeit der örtlichen Verhältnisse an symmetrischen Hautstellen eine Rolle spielt, anderseits auch asymmetrisch auftretende Erkrankungen ganz wohl von peripheren nervösen Störungen abhängen können. **Finger.**

Gamberini. La dermite sfogliativa universale, quale trasformazione del psoriasi. (Giornale internazionale delle Scienze mediche VI. 1884.)

C. G. aus gesunder Familie, wurde wegen Psoriasis vulgaris seit Mai 1878 wiederholt auf der Klinik G's in Bologna behandelt, das letztemal im Februar 1884. Juni und Juli 1884 kommt ein neuer Nachschub der Hauterkrankung, diesmal aber mit wesentlich anderen Symptomen zu Stande. Binnen wenigen Tagen entwickelt sich unter heftigem Jucken eine intensive, gleichförmige Röthung und Schwellung der Haut des Rückens, dieselbe bleibt nur kurze Zeit auf den Rücken localisirt, geht dann auf die Brust, die Extremitäten über, so dass schliesslich nur Handteller, Fusssohlen und Nägel intact bleiben. Während die später befallenen Stellen gleichmässig roth sind, bedecken sich die ersterkrankten mit zarten, weissen Schuppen, und mit schmerzhaften, bei Druck leicht blutenden Rhagaden. Natron salicylicum innerlich und protrahirte Bäder bringen ausgehend vom Gesicht, Abblassen der Haut hervor, auf der die früher verdrängten Psoriasisplaques nun wieder zum Vorschein kommen. G. fasst die Erkrankung als eine Dermatitis exfoliativa (Pityriasis rubra Hebra) auf und bespricht die Literatur und Prognose derselben, welche letztere er nicht als absolut funest ansieht, wie er sich auch das Zustandekommen der Dermatitis exfoliativa durch verschiedene auf die Haut einwirkende Reize erklärt. **Finger.**

Kingsbury. Pityriasis rubra. (Manchester Med. Soc. 19. März 1884. Brit. med. Journ. Nr. 1217. S. 818. 26. April 1884.)



Der Pat., über den K. referirt, 25 Jahre alt, war, als ihn K. das erstemal sah, seit drei Monaten krank, er erschien sehr abgezehrt, lag vollkommen hilf- und bewegungslos im Bett, da ihm jede Bewegung, jedes Berühren, selbst der Druck der Bettdecke heftige Schmerzen verursachte. Die ganze Haut, vom Kopf bis zu den Sohlen, war intensiv roth, hie und da befanden sich auf derselben lockere Schuppen von verschiedener Dicke, uneben bis thalergross. Die Menge der Schuppen war so bedeutend, dass ein Eimer mit den Schuppenmassen, die im Verlaufe einer Woche aus dem Bett gekehrt wurden, vollgefüllt wurde. Die Nägel erschienen verdickt, dunkel, uneben. Die einander zugekehrten Flächen der Zehen nässten. Jucken war keines vorhanden, die Temperatur normal, der Puls schwach, der Urin enthielt Eiweiss. Der Appetit lag ganz darnieder, die Haut verbreitete einen sehr üblen Geruch. Verschiedene Mittel, darunter auch Arsenik, waren früher bereits angewendet worden. Consequente Behandlung mit Theersalben durch zwei Monate, der innerliche Gebrauch von Chinin und Eisen, kurzer Landaufenthalt stellten den Pat. (für einige Zeit? R.) her.

Hebra hat die Pityriasis rubra für unheilbar erklärt, doch schon Finny und Liveing haben Fälle von Heilung mitgetheilt. Als charakteristisch für die Diagnose sieht Vf. an: 1. die universelle Ausbreitung, 2. die grosse Schuppenmenge, 3. die hochgradige Röthe und Empfindlichkeit der Haut, 4. die Trockenheit derselben. Finger.

Schwimmer. Zur Diagnostik der Pityriasis rubra universalis. (Orvosi Hetilap 15. 1884. Sonderabdruck.)

Nach Erörterung der Geschichte dieser Krankheit hebt Schw. zur Symptomatologie drei Punkte hervor: 1. Das Jucken, 2. die seröse Ausschwitzung und 3. den Ausgang. Während eine Reihe von Beobachtern das Jucken in Abrede stellt, wollen andere es beobachtet haben; ebenso stehe es mit dem zweiten und dritten Punkte. Denn während viele Beobachter constant eine trockene Haut im Verlaufe dieser Krankheit gesehen zu haben meinen, haben andere auch Nässen betrachtet, und endlich hat man neben letalen Ausgängen auch Genesung constatiren können. Der eine der Sch.'schen Fälle hat Jucken und Nässen dargeboten, Exitus letalis trat ebenfalls ein; der zweite Fall verlief ohne Jucken, ohne Nässen und blieb in einem Zustande wesentlicher Besserung innerhalb der ersten sechs Monate.



Sch. schliesst nun aus diesen Thatsachen auf eine zweifache Form der P. r. u., auf eine milde und eine schwere; ferner hält er es geboten, einzelne ungewöhnliche Complicationen in den Rahmen des Krankheitsbildes aufzunehmen und bezüglich der Ursache noch das Verhalten der Centralorgane zu erforschen. Horovitz.

Fürst. Hypertrichosis universalis mit Hypertrophie der Kiefer-Alveolarränder. (Virchow's Arch. Bd. 96, H. 3. 1884.)

Fürst beschreibt einen ziemlich hochgradigen Fall von Hypertrichosis universalis bei einem 6jährigen Mädchen, deren abnorme Behaarung schon in den ersten Lebenswochen hervorgetreten, nunmehr ihren Höhepunkt erreicht zu haben schien. Theile des Gesichts, besonders aber Rücken und Streckseiten der Extremitäten zeigten eine dichte, brünette, die Haut fast verdeckende Hülle stark entwickelter Haare. Zugleich bestand — im Gegensatze zu der sonst mit Hypertrichosis universalis häufig verbundenen defecten Zahnbildung — eine Hypertrophie der Kiefer-Alveolarränder mit vollzähligen, durch die Vergrösserung des Alveolarbogens, sowie durch dazwischen gewuchertes Zahnfleisch auseinandergedrängten Milchzähnen. Der Fall erinnert an Julia Pastrana, die mit der Hypertrichosis eine echte Kieferhypertrophie, combinirt mit unregelmässiger, aber überzähliger Zahnbildung verband. Caspary.

Wolfberg. Zur Aetiologie der Trichorrhexis nodosa. (Deutsche medizin. Wochenschrift Nr. 31, 1884.)

W. beobachtete an seinen eigenen Barthaaren Veränderungen, wie sie dem makroskopischen Bilde der Trichorrhexis nodosa entsprechen, und der mikroskopische Befund bestätigte die geweblichen Veränderungen, welche frühere Beobachter als charakteristisch angegeben haben. W. theilt nun mit, dass wiederholte Misshandlung dickerer Barthaare bei vielen Personen die Krankheit hervorrufen könne, und er habe soeben dieselbe an einer Backenbartseite an sich selbst provocirt.

Die Gründe für die mechanische Aetiologie dieser Affection sind: Erstens: Der anatomische Befund, da die Haare ausserhalb der Knötchen sich wie gesunde verhalten, und die Annahme der meisten Autoren, dass die Auffaserung von innen nach aussen entstehe, durch gar nichts bewiesen wird.

Zweitens: Die Localisation. Das Vorkommen des Uebels an den



dicken, markhaltigen Barthaaren spricht ebenfalls mehr für eine mechan. Entstehungsweise, besonders wenn man noch erwägt, dass das Reiben der Barthaare durch die harte knöcherne Unterlage erleichtert wird.

Drittens: Sind die bisherigen Erklärungsversuche unzureichend, weil sie einestheils sich auf nicht constante Befunde, sodann aber auf Charakteristica beziehen, welche auch bei gesunden Haaren anzutreffen sind.

Endlich spreche das Fehlschlagen der gangbaren Therapie (Salben und Waschungen) gegen die Anschauung der Autoren. Horovitz.

Mackey. Seborrhoea sebacea. Brighton and Sussex medico-chir. Soc. 2. Octob. 1884. (Brit. med. Journ. 11. Octob. 1884.)

M. stellte einen 16jährigen Jüngling vor, der an den Oberarmen und Oberschenkeln schwarze Schuppenlager zeigt, die in Abstossung begriffen sind und unter denen die Haut gesund erscheint. Ausser an den Füssen schwitzt die Haut des Pat. nirgends. Der Bruder des Pat. leidet an einer leichten Form von Xeroderma universale und schwitzt blos am Kopf. Bei beiden Pat. trat die Erkrankung nicht in der Kindheit, sondern erst vor zwei Jahren auf. Finger.

Roger. Acne-Keloid. Patholog. Soc. of London. Sitz. vom 1. April 1884. (Brit. med. Journ. Nr. 1214, S. 667, 5. April 1884.)

R. zeigte die Photographie eines 53jährigen gesunden Weibes mit einem 6″ langen 2″ breiten Keloid am Nacken an der Haargrenze; dasselbe hatte eine glatte, glänzende, röthliche Oberfläche mit folliculären Depressionen, aus welchen Haarstümpfe hervorragten. Bei Druck erwies sich die Geschwulst ziemlich fest und drang eine käsige Masse aus den Follikeln hervor. Die Geschwulst war ohne bekannte Ursache vor fünf Jahren als kleine Papel entstanden. Bepinselungen mit Jodcollodium brachten Verkleinerung hervor. Die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückchens ergab neugebildetes Bindegewebe und weite Gefässe in den tieferen Partien des Corium, jedoch ohne kleinzellige Infiltrate. Die Epidermis und der Papillarkörper erhalten, doch fehlen bis auf wenige den Haaren zugehörige Talgdrüsen alle drüsigen Adnexe. R. sieht die Erkrankung als ein wahres Keloid von Alibert an zum Unterschiede von Kaposi's Dermatosis papillomatosa capillitii, die auf entzündlicher Basis entstehe. Finger.



Balzer und **Barthélemy**. Beitrag zum Studium der gefärbten Schweisse. (Annal. de dermat. et syphil. Nr. 6. 1884.)

Bei Leuten mit profusen Schweissen gelang es den Autoren, in der rothen Scheide der Achselhöhlenhaare Mikrococcen in Zoogloeahaufen nachzuweisen. An den Grenzen der Haufen sind die Coccen nicht immer gefärbt; es gelang ihnen ferner, das Eindringen der Coccen in das Innere des Haares nachzuweisen; ebenso begegnete man den Parasiten in den oberflächlichen Hautschichten.

Bis auf leichtes Jucken und schwache Röthung der Haut ist keine krankhafte Veränderung zu constatiren. Horovitz.

Crocker. Drei Fälle von Xeroderma pigmentosum. Sitzung der Royal med. and chir. Soc. 25. März 1884. (Brit. med. Journ. Nr. 1213, 29. März 1884.)

Der Vortragende stellte drei Fälle dieser Erkrankung vor (die ersten, die bisher in England bekannt worden seien) und zwei Schwestern von 12 und 10 Jahren und deren 8jährigen Bruder betreffen. Ausser diesen seien bisher noch 31 Fälle bekannt, die alle ein gemeinsames Krankheitsbild darbieten. Die Erkrankung beginnt im ersten oder zweiten Lebensjahr ohne eigentliche Veranlassung an den frei getragenen Stellen von Gesicht, Nacken, Extremitäten. Zunächst entwickeln sich rothe Flecke, welche schwinden und linsengrosse Pigmentflecke hinterlassen, oder es entwickeln sich direct Pigmentirungen, die viel Aehnlichkeit mit Sommersprossen haben und an Intensität der Färbung und Grösse zunehmen. Hierauf wird die Haut trocken und atrophische Stellen treten zwischen den Pigmentirungen auf, welche letztere zu grossen Flecken zusammenfliessen. Die Haut schuppt in dünnen Lamellen und wird immer mehr pergamentartig. Einige Jahre nach dem Beginn treten oberflächliche Ulcerationen auf, welche mit Krusten bedeckt sind, während manche von den Pigmentflecken ein warziges Aussehen bekommen. Diese beiden werden in der dritten Periode endlich in wuchernde Epitheliome umgewandelt. Die Pat. werden marastisch und gehen so oder durch Metastasenbildung zu Grunde, was meist noch vor Eintritt der Pubertät erfolgt. Dem Geschlecht nach ist die Zahl der bekannten Fälle gleich, doch werden in derselben Familie meist nur Gleichgeschlechtige befallen, so in einer 7 Knaben, in einer anderen 5 Mädchen.

Es knüpft sich an den Vortrag eine Discussion, an der Baker



und Colcott Fox theilnehmen, die den Namen Xeroderma durch Atrophoderma (?) ersetzt wissen wollen. Finger.

Colcott Fox. On Urticaria pigmentosa or Xanthelasmoidea. (Sonderabdruck. London 1884.)

Der Autor bringt die Krankengeschichte eines Falles von Urticaria pigmentosa und lässt darauf eine Zusammenstellung sämmtlicher bisher publicirter Fälle dieser Krankheitsform (19 an der Zahl) — folgen, aus deren Beschreibungen hervorgeht, dass die hier citirte Affection immer unter dem Bilde einer gewöhnlichen Urticaria beginne, dass aber die Hyperämie und der Entzündungshof der Quaddeln längere Zeit persistiren, worauf die Efflorescenzen schrumpfen und sich in erbsengrosse Papeln und Knoten umwandeln, die einen gelblichbraunen, bei Druck nicht verschwindenden Farbenteint gewinnen. Hauptsächlich befällt das Leiden Kinder, doch ist bis jetzt noch in keinem einzigen Falle — trotz mehr als 10jähriger Beobachtungszeit — ein vollständiges Verschwinden der Dermatose constatirt worden. Das Mikroskop zeige, dass der Hauptsitz der Erkrankung in der obersten Schichte des Coriums zu finden sei, und dass in dem infiltrirten Maschenwerke der Papillen gelbbraunes Pigment in dichten Zügen und Haufen abgelagert werde, welches Verf. als Residuum der ehemaligen erythematös-hämorrhagischen Entzündung ansieht.

Hochsinger.

Eichhoff. Mittheilung eines Falles von Xanthelasma planum et tuberosum multiplex. (Deutsche medicinische Wochensch. Nr. 4. 1884.)

Eichhoff theilt einen Fall von Xanthelasma mit, der durch sein frühes Auftreten und durch die Aetiologie interessant ist.

Ein Kind von $1^1/_2$ Jahren, welches mit ganz glatter und gesunder Haut zur Welt kam und seit seinem zweiten Lebensmonate an „Leberflecken“ litt, zeigte auf der Haut des ganzen Körpers, besonders am Rücken und auf den Extremitäten, ferner auf der behaarten Kopfhaut unzählbare Flecken und Knötchen, sowie über das Hautniveau erhabene Flächen von strohgelber bis hellbrauner Farbe.

Der mikroskopische Befund war: Starke Pigmentirung des Rete Malpighii und Bindegewebszellenbildung, theils normale, theils trübgeschwellte und fettig degenerirte Zellen in der Umgebung der Gefässe und Schweissdrüsen. An den Talgdrüsen fand E. nichts Abnormes.



E. schliesst sich daher der Ansicht an, dass das Xanthelasma eine bindegewebige Neubildung sei. Von Pilzen konnte Vf. nichts sehen. — Die Aetiologie war in der Heredität begründet. Der Urgrossvater (Vater der Mutter des Vaters) war auf Brust, Armen und Rücken mit Xanthelasma - Eruptionen behaftet. Die Mutter des Kindes hat eine auffallend dunkle Hautfarbe, sowie einige Naevi. Diejenigen Stellen, welche behufs mikroskopischer Untersuchung excidirt wurden, zeigten keine Recidive mehr. Die Excision werde demnach, bei der Resultatlosigkeit aller inneren und äusseren Mittel, das beste Mittel sein in Fällen, wo das Xanthelasma nur in einzelnen Exemplaren auftritt.

Horovitz.

Chambard. Das vorübergehende Xanthom der Diabetiker und seine nosologische Bedeutung. (Annal. de Dermatologie et Syph. 1884.)

An der Hand von sechs aus der Literatur geschöpften Fällen von Xanthelasma bei Diabetikern erörtert Ch. seine Anschauungen über den Zusammenhang zwischen Diabetes mellitus und Xanthom. Der causale Zusammenhang zwischen diesen zwei Erscheinungen wird aus dem parallel neben einander verlaufenden Schwanken derselben erschlossen, so zwar, dass bei Besserung der Zuckerharnruhr die Knötcheneruptionen abnehmen, bei Zunahme der ersteren jedoch zunehmen. Die Entstehung der Knötchen selbst erklärt Ch. aus der Reizung der Hautgebilde durch den im Blute circulirenden Zucker. — (Xanthomeruption auf der allgemeinen Hautdecke wäre demnach diagnostisch für Diabetes mellitus zu verwerthen und der Fingerzeig, den Harn auf Zucker zu untersuchen.)

Horovitz.

Cacciola. Fall von Morbus Addisonii. (Gazz. med. ital. 15. 1884. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 3. 1884.)

Der Autor bespricht die Ansichten, welche über die Broncekrankheit herrschen und theilt folgenden Fall mit: Ein 35jähriger Mann bemerkte $1^1/_2$ Jahre vor seinem Tode, dass seine Haut sich immer mehr bräune, womit Schwäche, Schwindel, Apathie, Fieber und Frost verbunden war, die zu letalem Ausgang führten. Die Section und mikroskopische Untersuchung ergaben: vollständige Zerstörung beider Nebennieren, welche von verkästen und verkalkten chronisch-entzündlichen Produkten ersetzt sind, Schwellung der lymphatischen und gruppirten Follikel des Darmes. Schwarzes und gelbes Pigment in



verschiedenen Organen, besonders an der Haut und Mundschleimhaut deponirt, gleichzeitig damit kleinzellige Infiltration der oberflächlichen Schichten des Derma. Die Ganglien und sympathischen Fasern selbst mitten in den Nebennieren unverändert. Finger.

Sangalli. Ueber den Zusammenhang von Veränderungen der Nebennieren mit der Broncekrankheit der Haut. (Arch. clin. ital. di Roma 1884. Giovn. ital. delle mal. ven. e della pelle 3, 1884.)

Ohne in theoretische Auseinandersetzungen einzugehen, berichtet S. über vier Fälle eigener Beobachtung: 1. Patient starb an Gastroenteritis. Section: Nebennieren doppelt so gross als normal, die rechte mit der unteren Leberfläche, die linke mit der Vorderfläche der entsprechenden Niere verwachsen. Das Parenchym in eine gelbliche, derbe Masse umgewandelt, die von blassgelben Streifen durchzogen ist. Die mikroskopische Untersuchung ergibt fibrilläres Gewebe mit reichlichen Granulationszellen und Fett, kein normales Pigment. Die Haut schmutzig gelbbraun. 2. Weib an Tabes gestorben. Die Haut erdiggelb. Die linke Niere in einen klein-knotigen Tumor von 21 Ctm. Länge, 13 Ctm. Breite (Sarcom), umgewandelt, die entsprechende Nebenniere faustgross, von gleicher Beschaffenheit wie die Niere. 3. Ein Knabe blieb, nachdem er mit einer schweren Last am Rücken eine Treppe heruntergekollert war, wie todt liegen, erholte sich, aber seine Haut erhielt Broncefarbe, welche Färbung Penis und Scrotum übrigens schon in seiner Jugend darboten. Puls langsam, Respiration verlangsamt, Apathie, grosse Schwäche, letaler Ausgang. Section: Nieren blutreich, Nebennieren doppelt so gross als normal, von tief rother Farbe, von hirsekorngrossen, gelblichen, unregelmässigen Flecken durchsetzt, die erweichten Tuberkeln ähnlich sind. 4. 32jähriger Mann, starb an ausgesprochener Addison'scher Erkrankung. Section: Haut des Gesichtes, des Halses, der Vorderarme, Handrücken broncefarbig, Lippen und Zahnfleisch bleifarbig. Alte pleuritische Adhäsionen, linke Nebenniere in käsige Substanz umgewandelt. Finger.

Guaita. Eine eigenthümliche Erkrankung der Haut bei Kindern nach dem Gebrauch des Arsen. (Arch. di Patologia infantile III. 1884.—Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 5, 1884.)

Seit Jahren verwendet der Autor bei der Arsenbehandlung kleiner Kinder die Sol. Fowleri, die er, mit zwei Tropfen beginnend, alle 4,



6, 10, 15 Tage mit 2 Tropfen steigend, bis 18—20 Tropfen nehmen lässt. In manchen Fällen dieser Behandlung bemerkte er eine eigenthümliche Verfärbung der Haut, welche sich allmählich entwickelt, Hand in Hand mit dem Gebrauch des Arsen geht und mit dem Abschluss der Kur endet, oder aber in anderen Fällen erst auftritt, nachdem der Arsengebrauch ausgesetzt wurde. Diese Verfärbung der Haut ist der Broncekrankheit ähnlich, hat die Färbung des Grafit, wie wenn man die Finger mit Bleistiftstaub verunreinigt. Sie tritt um Hals, Brust, Bauch und an den Händen auf. Weniger deutlich ist sie im Gesicht, den Schenkeln, dem Rücken. Sie ist nie von Störungen des Allgemeinbefindens begleitet, verschwindet nach circa einem Monat und hinterlässt Abschuppung der Haut. In einem einzigen Falle trat die Verfärbung auch auf beiden Handtellern und Fusssohlen auf, heilte mit so starker Desquamation, dass der Gebrauch der Schuhe und das Gehen durch einige Zeit behindert war. Die erkrankten Kinder hatten das Alter von zwei bis zehn Jahren, bei Kindern unter zwei Jahren und bei Säuglingen bemerkte er die Erkrankung nie. **Finger.**

Hume. Das Ulcus rodens und sein Zusammenhang mit Epitheliom. (Brit. med. Journal. 5. Juni 1884.)

Vf. hatte Gelegenheit acht Fälle von Ulcus rodens klinisch und mikroskopisch zu untersuchen. Die erste Veränderung, welche das Mikroskop sehen lässt, ist Vergrösserung der Haarfollikel, Vermehrung ihrer Zellen, Ausbuchtung der Follikel. Zur selben Zeit kommt es zu Irritationserscheinungen im Corium, Oedem, Auswanderung von Blutkörperchen, kleinzelligen Infiltraten. Dadurch erscheinen Talgdrüsen und Haarfollikel wie tiefer in die Haut eingedrungen. Weiters komme es zu Zerklüftung der Follikel, und dadurch zum Beginn des Ulcus rodens. Diese Umwandlung wird begleitet von Wucherung der Zellen des Rete, die oft Stäbchenform annehmen, während die Haarwurzel besenförmig aufgelöst wird. Gleichzeitig treten auch Veränderungen in den Talgdrüsen auf. Die Membrana propria wird der Sitz einer kleinzelligen Proliferation, die Talgdrüsenzellen gehen retrograde Metamorphosen ein, werden granulirt und verlieren ihre Kerne. — Globes epidermiques hat Verf. nicht finden können, doch können sie durch halbzerstörte Talgdrüsen vorgetäuscht werden, oder aus den Ueberresten der Haarfollikel resultiren. Die Epidermis ist atrophisch



und in der Umgebung des Geschwürs ausser Zusammenhang mit den Talgdrüsen. Verdickung der Epidermis war nur gleichzeitig mit entzündlicher Infiltration, also als secundäre Veränderung nachzuweisen. Die Schweissdrüsen zeigen keine activen und nur sehr spät secundäre Veränderungen, retrograde Zellmetamorphosen. Durch dies sei Thin's Ansicht, das Ulcus rodens sei ein Adenom der Schweissdrüsen, widerlegt und der Schluss gerechtfertigt, es sei dasselbe eine specielle Form von auf Talgdrüsen und Haarfollikel beschränkten Epithelioms, welches in Folge des Einschlusses in fibröse Membranen nur beschränktes Wachsthum und keine Infection der Lymphbahn zeige.

Finger.

Blum und **Duval**. Du cancroide de la peau. (Arch. gén. de Méd. p. 130—145. 1883. — Ctlbl. f. kl. Med. Nr. 18, 1884.)

Nach den Verff. weicht, ganz abgesehen von den Differenzen zwischen Schleimhaut- und Hautkrebs, der klinische Charakter der in unmittelbarer Nachbarschaft der Orificien entstehenden Formen von jenen, welche ihren Ursprung auf der Oberfläche der Haut fern von jeder natürlichen Oeffnung nehmen, bedeutend ab.

Bekannt ist die Sonderstellung, welche das Ulcus rodens im Bereich der oberen zwei Drittheile des Gesichtes bezüglich seines Verlaufs und seiner Prognose bei aller sonstigen Analogie mit dem Cancroid einnimmt. Verff. zeigen an der Hand der letzten Arbeiten über diesen Gegenstand (insbesondere von Devergie, Thiersch, Warrens, Thin und Sangster), dass eine anatomische Differenzirung beider Formen nicht besteht, ja dass vom anatomischen Standpunkte aus sogar das Epitheliom mit gewissen, unter dem Namen Extremitätenlupus beschriebenen Affectionen identisch sei. In gleicher Weise, wie die oberen Partien des Gesichts exclusiver Sitz einer ganz bestimmten Form des Cancroids sind, zeichnen sich die — übrigens sehr seltenen — Epitheliome der Hand durch ganz besondere Eigenschaften aus. Dieselben werden nämlich nur zwischen dem 60. und 80. Lebensjahre angetroffen, und die weitaus grösste Mehrzahl entwickelt sich aus alten Narben (von Verbrennungen selbst aus der ersten Kindheit, Schussverletzungen etc.). In einer eigenen Beobachtung der Verff. folgte die Entwicklung eines Handrückenkrebses unmittelbar auf ein Trauma (Abschürfung durch einen Getreidesack). Weiter wird aus einem zweiten, auf das genaueste, namentlich in



histologischer Hinsicht erschlossenen Fall von Handkrebs gefolgert, dass das Hautepitheliom seinen Ursprung in den interpapillären Bezirken des Rete Malpighii nimmt, während die Haarfollikel, Talg- und Schweissdrüsen sich an der Neubildung nicht betheiligen, allenfalls Difformitäten durch Compression erleiden, des Ferneren, dass der Rückgang des Tumors durch einen entzündlichen Process der Haut bedingt ist, derart, dass die Entwicklung eines Narbengewebes erfolgt, welches die Läppchen der Neubildung einschnürt und zur Resorption bringt.

Pulvermacher. Eine Familienepidemie von Pemphigus idiopathicus. (Monatsh. f. prakt. Dermat. Nr. 2, 1885.)

P. theilt die seltene Beobachtung von gleichzeitigem Auftreten eines Pemphigusexanthems (? R.) bei einem neugeborenen Kinde, dessen 4jähriger Schwester und der Mutter beider Kinder mit. In dem Inhalte der Pemphigusblasen der beiden Kinder fanden sich enorme Mikrococcenmengen, welche in ihrer Form und Gestalt den Neisser'schen Gonococcen vollkommen glichen, ohne dass aber eine gonorrhoische Affection von Seite der Eltern nachweisbar war. Der Vater der Kinder litt einige Wochen vorher an einer herpetiformen, nicht näher charakterisirten Hautaffection, welche er angeblich durch Ansteckung von einem Pferde acquirirt hatte. — Lues war bei allen Patienten mit Sicherheit auszuschliessen. Hochsinger.

Chorioblastosen (Wachsthums-Anomalien der Haut von bindegewebigem Ursprung und Typus A.).

Doutrelepont. Fall von Meningitis tuberculosa nach Lupus; Tuberkelbacillen im Blute. (Deutsche medicinische Wochenschrift Nr. 7. 1885.)

D. beobachtete, dass Tuberculose der Knochen, Gelenke und der inneren Organe bei bestehendem Lupus sich häufiger entwickle, als man früher dachte, ja, dass sogar Miliartuberculose besonders nach blutigen Eingriffen an lupös erkrankter Haut entstehen kann. Es wurde ferner gezeigt, dass Eiter, welcher von tieferen tuberculösen Herden stammt, auf der Haut wahren Lupus zu erzeugen vermöge. Haslund gegenüber betont D., dass unter den 26 Lupuskranken in



deren Lupus er Tuberkelbacillen fand, keiner nachweislich an Tuberculose anderer Organe litt, auch war hereditäre Belastung ausgeschlossen. Bei einem 18 Jahre alten Mädchen mit Lupus im Gesichte und normalen Lungenspitzen kam es zu tuberculöser Meningitis und Exitus letalis. Etwa eine Woche vor dem Tode wurde aus der gesunden Haut der Backen Blut entnommen und D. konnte unter 10 nach Ehrlich's Vorschrift behandelten Deckglaspräparaten 3 Tuberkelbacillen constatiren. Blutproben aus der Vena jugularis interna und dem Herzen enthielten einige Tuberkelbacillen. Die Section erwies, dass die tuberculosen Erscheinungen an der Basis cranii, ferner diejenigen der Lungen und des Darmes frischen Datums waren und also eine Invasion von Tuberkelbacillen von der kranken Haut in die inneren Organe stattfand. Horovitz.

Schwimmer. Zur Therapie der schweren Lupusformen. (Wiener med. Wochenschr. 20—22, 1884.)

Selbst die eingreifendsten und radicalsten chirurgischen Behandlungsmethoden des Lupus, wie die Auskratzung, Ausschneidung oder Ausbrennung mit dem Thermo- oder Galvanocauter (Besnier), lassen bei ausgebreiteten und schweren Lupusformen in vielen Fällen im Stiche, und vermögen nicht immer dauernde Heilung oder Besserung herbeizuführen und Recidiven zu verhüten.

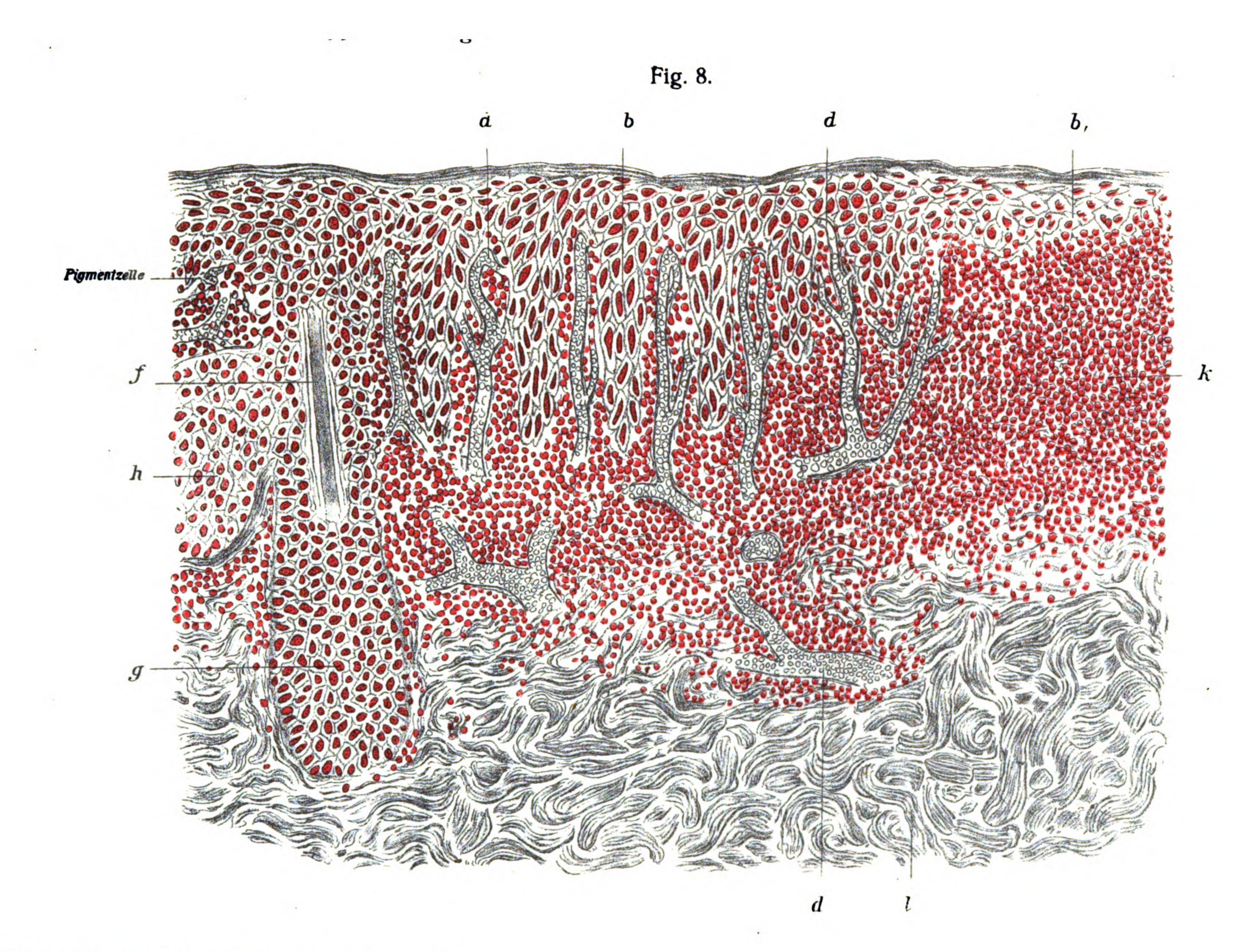
Verfasser ist daher in letzterer Zeit zu einem minder eingreifenden, ziemlich schmerzlosen und einfachen Verfahren übergegangen, welches er während einer 1½jährigen Beobachtungsdauer an 20 schweren Lupusfällen erprobt hat und wegen der mit demselben erzielten, überaus günstigen Erfolge auf das wärmste empfiehlt.

Die lupös erkrankten Hautpartien werden nämlich nach vorhergegangener Entfernung der auflagernden Borken und Krusten mittelst Vaselineinfettung mit einer 10percentigen Pyrogallussäuresalbe, welche dreimal des Tages zu wechseln ist, durch 4—7 Tage verbunden, hierauf im Stadium der profusen Eiterung mit grauem Quecksilberpflaster durch 10—14 Tage bedeckt gehalten und dann dem weiteren Vernarbungsprocesse überlassen.

Die Combination dieser Mercurialbehandlung mit der Anwendung der Pyrogallussäure bezweckt die Hintanhaltung von erneuerter Knötchenbildung, also die Lupusrecidive in der jungen Narbe. Die Erfahrung habe nämlich gelehrt, dass bei einfacher Aetzung mit Pyro-



Fig. 8.



NEUMANN: Histolog. Veränd. bei den Hautsyphiliden

gallussäure das lupöse Gewebe zwar rasch zerstört wird, dass aber nichtsdestoweniger in der daraus resultirenden Narbe fast immer frische Knötchen und Infiltratbildung zum Vorschein komme.

Ein ähnliches therapeutisches Verfahren hat vor Kurzem Doutrelepont angegeben, welches in der Application 0·10°/₀iger Sublimatcompressen auf den lupösen Boden nach vorherigem Evidement des erkrankten Gewebes besteht. Während jedoch Doutrelepont, von der bacillären Natur der Lupuserkrankung durchdrungen, die günstigen Erfolge dieser combinirten localen Mercurialbehandlung auf die pilztödtenden Eigenschaften des Sublimats zurückführt, erklärt S. dieselben lediglich als das Resultat der resorbirenden und „dynamisch-chemischen Wirkung" des Mercur, wobei er betont, dass für ihn die Identität des Lupus mit Hauttuberculose noch nicht genügend erwiesen sei.

Die Vorzüge der Schwimmer'schen Methode sind nach dessen Angabe: Geringe Schmerzhaftigkeit, relativ kurze, höchstens auf 3—4 Monate sich erstreckende Behandlungsdauer, bei allen Fällen mögliche Durchführbarkeit, besonders günstige Wirkung bei schweren ulcerösen und serpiginösen Formen sowie die Heilung mit schöner, glatter Narbenbildung. Hochsinger.

Lesser. Zur Behandlung des Lupus mit Arsenik. (Centralbl. für die medic. Wissenschaften. 1885.)

Anknüpfend an Buchner's Versuche von Behandlung der Lungentuberculose mit Arsenik unternahm L. die Behandlung des Lupus mit diesem Mittel, ohne die Krankheit, wie es Doutrelepont thut, durch Localtherapie zu beeinflussen. Folgt ein kurzer Bericht über 5 Fälle. In einem Fall war kein Erfolg zu verzeichnen, in den 4 übrigen Fällen sei der günstige Erfolg, indem die Infiltrate schwanden, klar zu Tage getreten. L. plaidirt für grosse Dosen durch lange Zeit, 0·02 bis 0·03 pro die innerlich oder Sol. Fowlerie 0·17 bis 2·0 pro injectione. Horovitz.

Marshall. Behandlung des Lupus vulgaris mit Salicylsäure. (Brit. med. Journal Nr. 1226, S. 1253, 28. Juni 1884.)

Marshall hat Salicylsäure in der Form einer Salbe als Mittel gegen Eczem, besonders des behaarten Kopfes, sowie gegen Impetigo contagiosa, besonders kleiner Kinder mit dem besten Erfolge



angewendet. Dadurch wurde er veranlasst, das Mittel auch bei anderen Hautkrankheiten zu verwenden.

So behandelte er einen schweren Fall von Lupus exedens bei einem 25jährigen Weib, der den Nasenflügel, die Wange und das Augenlid derselben Seite fast ganz zerstört hatte. Er verwendete zuerst Salben von 1 : 35 Vaselin und stieg rasch bis auf 5 : 35. Die Geschwüre begannen rasch zu heilen, es erschienen keine neuen Knoten mehr (? R.), die Narben waren weich und glatt. Innerlich nahm Patientin gleichzeitig die Solutio Donovani mit Eisen, nachdem dieselbe aber schon früher längere Zeit erfolglos geworden war, schrieb der Autor derselben bei dem gegenwärtigen Effecte keinen weiteren Antheil zu. **Finger.**

Besnier. Der Lupus und seine Behandlung. (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie T. VI. 1885.)

B. betont zunächst das streng abgegrenzte klinische Bild des Lupus und weist die Einwendungen zurück, dass die Diagnose Lupus in zu ausgedehntem Masse gestellt werde. Fälle, in welchen man die Diagnose nicht sofort stellen kann, seien seltene Ausnahmen.

Zweifelhaft kann die Diagnose sein bei gewissen abgelaufenen Formen von Lupus erythematosus des Gesichtes oder der Extremitäten, der Hände, der Augenlider, des behaarten Kopfes, gegenüber erosiven oder atrophischen Formen der Acne. Auch atypischer Verlauf des Lupus mit Entstehung von Hyperkeratosen, Papillomen und Verstümmelungen kann die Diagnose erschweren.

Anlass zu einer Verwechslung mit Lupus können geben gewisse Formen der Syphilis, der Lepra und der Sclerodermia mutilans.

Die Dermatologen, welche die nosologische Einheit des Lupus und der Tuberculose in Abrede stellen, stützen sich hauptsächlich auf drei Punkte:

1. Auf das verschiedene Aussehen von Lupus und Hauttuberculose.

2. Auf den strittigen Charakter der Beziehungen zwischen Lupus und Tuberculose der anderen Organe, speciell der Lunge.

3. Messen sie den Beweisen, welche die Histologie und die Experimentalpathologie liefert, nur einen zweifelhaften Werth bei.

Die Verschiedenheit des Aussehens fällt allerdings sehr in die Augen, aber sie findet sich ja auch bei carcinomatösen und syphilitischen Hautaffectionen.



Gleichwie die Hauterscheinungen der hereditären Syphilis von denen der tertiären verschieden sind, so hat auch die primäre Tuberculose der Haut (Lupus) nicht die Charaktere der infectiösen oder tertiären Tuberculose, welche allein auf der Haut oder auf den Schleimhäuten in Form von typischen sogenannten tuberculösen Granulationen und Ulcerationen auftritt.

Von diesen beiden Läsionen ist die eine eine locale äussere Tuberculose, welche sich in langer Zeit local an einem nicht inficirten Individuum entwickelt; die andere ist eine Erscheinung der vollzogenen Allgemeininfection, welche immer dem Auftreten auf der Haut vorausgeht.

Was das Verhältniss von Lupus zur Tuberculose der anderen Organe betrifft, so verweist Besnier auf seine früheren Publicationen und auf eine These von Renouard (Paris 1884). Er wiederholt, dass seine Lupuskranken in der Mehrzahl der Fälle einen scrophulösen Habitus im Sinne der alten Autoren zeigten, welcher für die Aufnahme und Entwicklung der tuberculösen Keime einen günstigen Nährboden bilde. Die Phthise entwickle sich bei den Lupösen gewöhnlich latent und sehr langsam. Dies hat die Beobachter von dem wahren Sachverhalt abgelenkt und die heutige Meinungsverschiedenheit hervorgerufen.

Schon ehe die Histologie und das Experiment die Beweise für die Idendidität des Lupus und der Tuberculose gebracht hatten, war Besnier durch seine klinischen Beobachtungen zu dem gleichen Resultat gekommen.

Keine Behandlungsmethode passe für alle Fälle. Alle Methoden, welche mechanisch oder chemisch die Lupusknötchen zerstören, welche eine exsudative Entzündung, welche zur Abstossung der Lupuselemente führt, hervorrufen, seien zu verwenden.

Die von Besnier eingeführte Cauterisationsmethode mit Hilfe des Thermocauter passe für die Mehrzahl der Fälle. Für den Lupus der Conjunctiva, der Nasenhöhlen, der Mund- und Rachenschleimhaut sei sie die einzig anwendbare; bei allen Fällen, wo man von Zeit zu Zeit nachhelfen muss, die leichteste und sicherste.

Nur bei alten, sehr ausgedehnten Lupusfällen, welche schon zu Verstümmelungen geführt haben, sei die Cauterisationsmethode nicht zu verwenden. Solche Fälle behandle man am besten mit Pyro-



gallussäure, in Salbenform oder in ätherischer Lösung. Die lupösen Flächen werden entweder mit einer gesättigten ätherischen Lösung der Pyrogallussäure bepinselt oder dieselbe wird mit dem Spray applicirt. Die Haut überzieht sich sofort mit einer weissen und adhäsirenden Schicht von Pyrogallussäure, welche mit einer Schicht Traumaticin bedeckt wird.

Bis die Eiterung das Traumaticin durchbrochen hat, kann man sich den Verband ersparen. Eine einzige Anwendung genügt, um die erwünschte Dermatitis zu erzeugen.

Für den Lupus erythematosus ist die Elektrocauterisationsmethode die empfehlenswertheste Art der Behandlung. v. Zeissl.

Minich. Ueber Lepra im Süden Russlands. (Wratsch Nr. 39 bis 41, 1883. -- Centralbl. f. Chir. Nr. 2, 1884.)

Nach M.'s an Ort und Stelle angestellten Beobachtungen kommt die Lepra über den ganzen Süden Russlands zerstreut vor: in Bessarabien, den Gouvernements Cherson, Jekaterinoslaw, Saurien, im Lande der Donschen Kosaken, im Kubanschen und Terschen Gebiet und im Gouvernement Astrachan. M. hat im Ganzen etwa 120 derartige Kranke genauer untersucht, die meisten derselben im Astrachanschen Gouvernement. Die Krankheit im Süden Russlands unterscheidet sich in nichts von der Lepra, wie man sie in Norwegen, Palästina, Japan, Madeira etc. beschrieben hat. Sie tritt eben so als tuberöse, anästhetische und gemischte Form auf. Reine Fälle der anästhetischen Lepra kommen übrigens höchst selten vor, ausser in der Ortschaft Karatschai im Kubanschen Gebiet. Nicht oft trifft man auch die reine tuberculöse Form; die häufigste ist die gemischte.

Hinsichtlich der Aetiologie der Krankheit weist M. die Beschuldigung der atmosphärischen und tellurischen Verhältnisse so wie der Lebensweise zurück. Grössere Contraste in dieser Beziehung, als die von M. bei den verschiedenen Kranken angetroffenen lassen sich kaum denken, so z. B., wenn man das Astrachansche Gouvernement mit dem Kubanschen Gebiet vergleicht. Ersteres wird von dem unter dem Meeresspiegel liegenden Boden des ehemaligen kaspisch-aralschen Meeres gebildet, ist eine kahle Steppe mit einer spärlichen Vegetation und ohne jegliche Waldungen; die Brunnen enthalten nicht selten bitter-salziges Wasser, die Speise der Einwohner besteht meist in Fischen, die Wohnungen sind relativ geräumig und reinlich, die Be-



schäftigung ist meist Fischfang, weniger Ackerbau oder Viehzucht. Dagegen liegt die Ortschaft Karatschai im Kubanschen Gebiet am westlichen Abhang des Elbrus etwa 5000 Fuss über dem Meeresspiegel, wird von vor Jahrhunderten eingewanderten krimschen Tataren bewohnt, liegt in einer üppigen und malerischen Berggegend mit reichen Laub- und Nadelwaldungen; die Flüsse beziehen ihr Wasser von den Eisfeldern des Elbrus; die Bewohner, Nomaden, bekannt durch die Güte ihres Viehes, ziehen den Sommer über ins hohe Gebirge, nähren sich hauptsächlich von Milch und deren Produkten (hier ist die Heimat des Kefir), ferner von Fleisch; von Reinlichkeit existiren bei den Einwohnern in Kleidung und Lebensweise auch nicht die elementarsten Begriffe, die Wohnung wird nicht selten von einer Gebirgsgrotte oder Felsenspalte gebildet. Trotz dieser Verschiedenheit ist in einigen Ortschaften des Astrachanschen Gouvernements unter der russischen Bevölkerung die Lepra so verbreitet, dass bis 1% der Bewohner krank sind; in benachbarten tatarischen Dörfern kommt dagegen die Lepra nicht vor und unter den Kalmüken höchst selten. Desgleichen liegen in der Nachbarschaft des leprareichen Karatschai je ein osetinsches und ein kabardinsches Dorf mit 40 jüdischen Familien, bei deren keiner sich Lepröse finden.

Auch die Nähe des Meeres als ätiologisches Moment wird von M. auf Grundlage der von ihm gesammelten Daten zurückgewiesen.

Dagegen wird als einziger Weg der Verbreitung die Uebertragung angesehen durch hereditäre oder directe Infection. Zunächst wird auf die auffällige Thatsache hingewiesen, dass die Krankheit, trotz der Verschiedenheit der Sprachen, an der Wolga wie am Don, am Terek wie am Kuban „Krymka" genannt wird. Gegen die Heredität sprechen mehrere Umstände. So werden die Hauptherde der Krankheit im Astrachanschen Gouvernement von Dörfern gebildet, die erst in den letzten Jahrzehnten durch Einwanderung aus Gegenden entstanden, wo die Lepra nicht vorkommt. In diesen Dörfern beobachten die Einwohner keine Isolirung der Kranken von den Gesunden. Bei den älteren Einwohnern des Astrachanschen Gouvernements dagegen ist die Lepra längst bekannt und gilt allgemein für so ansteckend, dass einerseits Leproserien erbaut wurden, anderseits im Fall der Erkrankung für das betroffene Glied der Familie eine isolirte Lehmhütte erbaut wird, in der dasselbe den Tod erwartet. In solchen Dörfern ist die Lepra bereits erloschen, sind die Leproserien zum



Theil geschlossen, oder die Krankheit ist im Erlöschen begriffen. Umgekehrt dagegen gibt es keine solche Isolirung der Kranken in Gegenden der Wolga, des Don, Kuban etc., und daher denn hier auch eine grössere Verbreitung der Krankheit. Verf. führt ferner interessante Beispiele an, die anfänglich für die Heredität zu sprechen scheinen, sich aber bei genauerem Zusehen als durch directe Uebertragung entstanden erklären — wenn man nur seine Daten an Ort und Stelle und nicht im Krankenhause sammelt. Desgleichen werden Beispiele aufgeführt, die für directe Infection sprechen. Zum Zustandekommen der letzteren wirken übrigens verschiedene Umstände mit: Disposition, vielleicht gewisse Stadien der Krankheit etc.

Die Volksmedicin wendet gegen die Krankheit antisyphilitische Mittel, Quecksilber und Decocte an. Die Allgemeinernährung leidet darunter, die Röthe des Gesichtes schwindet und die Knoten werden kleiner; doch dafür tritt um so rascher der allgemeine Marasmus ein.

Profeta. Ueber Elephantiasis Graecorum. (Giorn. internat. delle Scienze mediche VI. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 5. 1884.)

Verfasser berichtet über 9 Fälle von Lepra, in denen er zunächst auf Bacillen untersuchte. Die Untersuchung wurde in der Weise vorgenommen, dass durch Einstich mit der Lancette oder der Staarnadel Blut gewonnen, in Capillarröhrchen mit einer kugeligen Auftreibung in der Mitte aufgesaugt und dann die Capillarröhrchen in der Flamme geschlossen wurden. Zur Färbung benützte P. eine 5% alkoholische Lösung von Anilinviolett, rein oder mit Wasser verdünnt. Die Untersuchung wurde entweder gleich angestellt oder das Blut in den Capillarröhrchen bis zu 40 Tagen gelassen. Die Untersuchungen des Blutes, das theils gesunden, theils an Lepra tuberculosa erkrankten Hautstellen Lepröser entnommen wurde, fielen in Bezug auf die Gegenwart von Bacillen in 3 Fällen positiv, in 4 Fällen negativ aus. Der Autor ist nicht der Ansicht, dass die im Blute gefundenen Bacillen Ursache der Erkrankung sind, nachdem er sie nicht constant gefunden hat. Ueber das Contagium der Lepra hat er schon 1868 eine Reihe von Experimenten mit negativem Erfolge angestellt, denen er jetzt 10 neue hinzufügt, indem er 10 gesunden, kräftigen Individuen Blut in Scarificationswunden einrieb, das er theils gesunden Hautstellen, theils den Knoten Lepröser entnommen hatte.



Alle 10 Versuche waren nach 120—334 Tagen noch resultatlos geblieben. (Negative Erfolge von Experimenten beweisen positiven Erfolgen Anderer gegenüber nicht das Mindeste. R.)

Finger.

Baumgarten. Ueber die Unterscheidungsmerkmale der Bacillen der Tuberculose und der Lepra. (Monatschr. f. prakt. Dermatol. Nr. 7. 1884.)

Im Gegensatze zu Neisser und Babes kann B. weder in den Form- noch Grössenverhältnissen etwas Charakteristisches für die Differenzial-Diagnose beider Bacillenarten finden. Auch der Sitz der Bacillen, ob intracellulär bei Lepra oder extracellulär bei Tuberculose, lasse sich nicht für beide Bacillenarten in allen Fällen strenge aufrecht erhalten. Es existiren auch keine principiellen Färbungs-Differenzen zwischen beiden Bacillenarten, sondern nur recht erhebliche graduelle Unterschiede der Entfärbbarkeit, deren richtige Verwerthung eine Differenzial-Diagnose zu stellen ermöglicht. Die Wachsthums-Erscheinungen der Leprabacillen auf künstlichen Cultursubstraten kennt B. aus eigener Anschauung nicht, doch die Angaben Hansen's, nach welchen die Leprabacillen in den künstlichen Nährboden (erstarrtes Blutserum) eindringen, denselben verflüssigen und nach acht Tagen eine reichliche, sich lebhaft bewegende Brut erzeugen, was Tuberkelbacillen nie bewirken, könne differenzial-diagnostisch verwerthet werden. Endlich sei das Verhalten beider Bacillenarten zum lebenden Thierkörper wichtig, indem die Tuberkelbacillen, geimpft in die vordere Augenkammer des Kaninchens, eine allgemeine Infection hervorrufen; bei den Leprabacillen jedoch finde dies nicht statt.

Horovitz.

Guttmann. Ueber Leprabacillen. (Berliner klin. Wochenschrift Nr. 6. 1885.)

Guttmann weist nach eigenen Untersuchungen auf die Eigenbewegung der Leprabacillen von frisch excidirten Stücken hin. Nimmt man aus solchen mit einer Staarnadel ein kleines Partikelchen heraus, zerreibt es auf dem Objectträger zu dünner Schichte in einem Tropfen destillirten Wassers und untersucht nun bei Oelimmersion und Abbe'scher Beleuchtung, so sieht man — was A. Hansen zu der Entdeckung der Bacillen führte — zahlreiche Stäbchen in leb-



hafter, hin- und herschnellender Bewegung, die an die der Fäulnissbacillen im Harne erinnert. Die meisten Bacillen fand G. sporenhaltig. Bei vielen sieht man beide Enden mit je einer Spore besetzt, so dass sie hantelförmig aussehen; bei der Mehrzahl aber sind 3, 4 Sporen in nicht durchaus gleichen Abständen von einander an dem Längsdurchmesser des Bacillus angereiht, so dass er perlschnurförmig aussieht. G. bestätigt die Angaben Baumgarten's, dass die Leprabacillen sich rascher färben lassen als die Tuberkelbacillen. Während letztere in Schnittpräparaten erst nach stundenlanger Färbung in voller Deutlichkeit erscheinen, könne man Leprabacillen in Schnittpräparaten schon nach nur drei Minuten dauernder Alkohol-Fuchsin-Anilin-Wasserfärbung und Methylenblau-Nachfärbung — diese Methode hält G. für die beste — als rothe Stäbchen auf blauem Grunde sehen. Uebrigens hätten die stets bacillenfreie Oberhaut, Haare, Nägel in geringerem Grade dieselbe Eigenschaft, wie die Leprabacillen, den aufgenommenen Anilinfarbstoff fixirt zu erhalten gegenüber der Einwirkung einer entfärbenden Substanz oder der Imprägnation des Objectes mit einer zweiten Farbe; sie erschienen also bei obigem Verfahren auch roth. Gegenüber der grossen Aehnlichkeit von Lepra- und Tuberkelbacillen in den gefärbten Trockenpräparaten auf Deckgläsern hebt G. hervor, dass die häufige Lagerung der ersteren in Zellen sie von den Tuberkelbacillen unterscheide, die bei solchen Trockenpräparaten aus phthisischem Sputum und zerfallendem Inhalte von Cavernen stets frei liegen neben Zellentrümmern. In Schnittpräparaten aus phthisischen Geweben und Organen liegen dagegen die Stäbchen vielfach in Zellen, besonders auch Riesenzellen.

Caspary.

Köbner. Ueber Lepra. (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 2. 1885.)

Bei der Discussion gelegentlich der Vorstellung eines Leprakranken in der Berliner medic. Gesellschaft demonstrirte Köbner ihm aus Würzburg zugeschickte Flüssigkeit von Pemphigus leprosus, einem bisher für zweifellos trophoneurotisch gehaltenen Krankheitszeichen. In jeder der Blasen aber, die in dem Würzburger Julius-Hospital unter den Augen der Beobachter auftrat, hat der Assistent der Gerhardt'schen Klinik, Friedrich Müller, massenhaft Bacillen nachgewiesen, die grösstentheils in weissen Blutkörperchen oder in bereits vergrösserten vorhanden, sich sehr selten frei in der Flüssigkeit

befanden. Ferner weist K. auf eine biologische Differenzirung des Lepra- und Tuberkelbacillus hin, die ihm erheblicher erscheint, als alle tinctoriellen oder sonstigen subtilen Differenzen in Gestalt, Lage oder Anordnung innerhalb oder ausserhalb von Zellen: den Unterschied in der Infectiosität implantirter Massen. Während in die vordere Augenkammer implantirte Tuberkelmassen ohne Ausnahme und selbst in minimalsten Mengen rasch infectiös auf die Nachbargewebe im Auge und in wenigen Wochen auf den ganzen Organismus wirken, ist bekanntlich bei Köbner's vielfachen Uebertragungen grösserer Lepraknötchen jeder derartige Effect ausgeblieben (siehe Referat in dieser Vierteljahrschr. 1882, S. 576). Zwei neuere Untersucher sind nun glücklicher gewesen, insoferne sie wenigstens eine locale Lepraaffection nachgewiesen haben. Der eine war Damsch (siehe Referat in dieser Vierteljahresschrift 1883, S. 636), der eben geringe locale Nachbarinfection im subcutanen Fettgewebe einer Katze beobachtete, der er eine Implantation in der Peritonealhöhle gemacht hatte; der Ersatz in der vorderen Augenkammer war noch geringer. Weiter gekommen ist Vossius in Königsberg, der unter der Leitung von Baumgarten gearbeitet hat. Derselbe hat auf der letzten Heidelberger Ophthalmologen-Versammlung berichtet, dass er Neoplasie von Leprazellen sowohl in der Cornea als in der Iris und im Corpus ciliare erzielt habe. Vossius bezieht das Gelingen seiner Versuche gegenüber denen von Köbner auf die von ihm erzeugte, die Invasion von Bacillen in den entzündlich aufgelockerten Augenhäuten begünstigende circumscripte Kerato-Iritis mit Synechien. (Etwas alterirend klingt die von Köbner erwähnte Angabe Vossius, dass sein Impfmaterial einem Brüderpaare aus Memel entnommen war, das angeblich nie in Aussatzgegenden gelebt habe, noch auch mit Aussatzkranken in Berührung gekommen sei. Referent, der den Kranken gesehen und Memeler Aerzte über die Anamnese befragt hat, erhielt die Bestätigung der obigen Angaben und zugleich die Nachricht, dass am kurischen Haff mehrfach autochthone Leprafälle beobachtet seien. Referent hat eindringlichst auf die Beobachtung und Isolirung der Kranken hingewiesen.) — Endlich referirt Köbner über die Bestätigung seiner positiven Bacillenbefunde in den Blutproben aus gesund erscheinender und späterhin gesund bleibender Haut Lepröser, bei denen unter schweren acuten Symptomen offenbar Transporte von Bacillen in alle Körpergewebe stattgefunden hatten. Nach solchen Eruptionen — und



immer erst nach solchen — fanden Majocchi und Pellizari, Thin, F. Müller-Würzburg, de Amicis, wie früher Köbner Bacillen in dem circulirenden Blute an früher mit negativem Resultate untersuchten Hautstellen. Caspary.

Virchow. Ueber lepröse Milz. (Berl. klin. Wochschr. Nr. 12. 1885.)

Virchow hat in einem Falle von Lepra, der auch den Kehlkopf schwer betroffen hatte, eine ihm bisher unbekannte specifische Erkrankung der Milz gefunden. Der Durchschnitt der vergrösserten Milz zeigte eine bunte Farbe, indem in der rothen Pulpa eine ungeheuere Zahl kleinster, weicher, weisslich-grauer, rundlicher Körner oder Körperchen sichtbar wurden, kleiner und sehr viel zahlreicher als die gewöhnlichen Malpighi'schen Follikel. Die mikroskopische Untersuchung erwies diese kleinen Körperchen angefüllt mit Leprabacillen und, wie aus dem Verhalten der Kerne erkenntlich, unzweifelhaft hervorgegangen aus progressiven Wucherungsvorgängen. In dem Zusammentreffen von Bacillenhaufen und Wucherungsprocessen in einem ziemlich abgelegenen Organe, das gerade beim Aussatz unverhältnissmässig wenig betheiligt schien, sieht Virchow eine Bestätigung der Ansicht von der causalen Bedeutung der Bacillen.

Caspary.

Henning. Zwei Fälle von Pustula maligna, durch directe Uebertragung von einer milzbrandkranken Kuh entstanden. (Brit. med. Journ., 20. Sept. 1884.)

Am 30. April 1884 wurde eine des Milzbrandes verdächtige Kuh geschlachtet und ausgenommen. Ein Hund und eine Katze, die von den Eingeweiden derselben gefressen hatten, verendeten an Milzbrand. Von den beiden Männern, welche die Tödtung, Ausweidung und Verbrennung des Cadavers besorgten, hatte der eine zu dieser Zeit eine Acne am Ellbogen, der andere eine frische Kratzwunde über dem einen Handrücken.

Am 11. Mai suchten beide Männer den Verfasser auf und boten der erste am Ellbogen, der zweite am Handrücken je eine typische Pustula maligna dar. Im Centrum einen $1^1/_2$" messenden, runden, trockenen schwarzen Schorf, eingeschlossen von einer Reihe concentrisch angeordneter Bläschen und Pusteln, auf intensiv entzündetem Grunde. Oedem des Vorderarmes, respective Handrückens. Der erstere mit dem Knoten am Ellbogen, ein Potator, bot auch schwere all-



gemeine fieberhafte Symptome dar und einen zweiten Knoten am Vorderarme, der andere war von Allgemeinerscheinungen frei. Das Blut beider hielt Anthraxbacillen. Injectionen von concentrirter Carbolsäure in und um die Knoten brachte rasche Heilung in beiden Fällen.

Finger.

Küster. Demonstration zweier Fälle von multiplen Geschwülsten. (Berl. klin. Woch. Nr. 16, 1884.)

Küster berichtete in der Berliner medicinischen Gesellschaft über eine Anzahl von Fällen theils solitärer elephantiastischer Geschwülste, theils multipler Neubildungen, und stellte zwei Kranke letzterer Art vor, deren einer Lipome, der andere weiche Fibrome zeigte. Das grösste dieser Fibrome fand sich — hühnereigross — oberhalb des rechten Ellbogengelenks, genau der Lage des Nervus radialis entsprechend; eine spindelförmige Geschwulst fester Consistenz darstellend, deren stärkere Berührung Schmerzen am Rücken der drei ersten Finger hervorrief. Dieses Neurom bestand seit fünfzehn Jahren in nahezu derselben Grösse, während die vielfachen Geschwülste der Haut und das Unterhautbindegewebe sich seit eilf Jahren eine nach der anderen zu solchen — bis Haselnussgrösse — entwickelt hatten.

Caspary.

Hyde. Ein Fall von multiplen Sarcomen der Haut. (London Medical Record, 16. Juni 1884.)

Ein 26 Jahre alter Belgier beobachtete zum ersten Male 1881 kleine Geschwülste auf seiner Körperdecke. Bis auf eine vor einigen Jahren mit Jucken und Schuppenbildung einhergehende Hautaffection ist keine Hautkrankheit erwähnt. Zunehmendes Wachsthum der Geschwülste, so dass zur Zeit der Aufnahme in Hyde's Klinik (Chicago) flachhandgrosse, das Hautniveau überragende Infiltrationsstellen zu sehen waren. Zwischen diesen grossen Geschwülsten waren kleinere, von der Grösse einer Erbse bis zu derjenigen einer Wallnuss zu constatiren.

Zwei Monate später war das Gesicht ganz entstellt, die Gliedmaassen mit einer Menge rother Geschwülste bedeckt und der Körper unbeweglich. Aufbruch einzelner Tumoren, Verfall der Kräfte und Fieber beschleunigten den letalen Ausgang. Die Section wurde nicht gestattet, doch die vorgenommene mikroskopische Untersuchung der

Geschwulstmassen ergab zweifellos ein Rundzellensarcom. Die Differential-Diagnose war gegenüber den häufigeren multiplen Fibromen der Haut und der Lepra zu machen. Horovitz.

Behrend. Ein Fall idiopathischer angeborener Hautatrophie. (Berl. klin. Wochschr. Nr. 6. 1885.)

G. Behrend beschreibt in prägnanter Weise einen Fall von idiopathischer angeborener Hautatrophie an einem höchst elenden, 17 Monate alten Kinde, den wir mit den Worten des Autors wiedergeben: „Im Verhältnisse zu seinem Alter klein und mit ausserordentlich geringem Fettpolster versehen, zeigte das Kind nur an seinen Clunes eine normale Beschaffenheit der Haut, die an den übrigen Körperstellen ein verschiedenes Aussehen hatte. Im Gesichte weiss, narbig glänzend, hart und geschrumpft lag sie dem Knochengerüste ziemlich dicht an, wodurch der Gesichtsausdruck verwischt und das Bild eines Mumienantlitzes erzeugt wurde. Durch die Schrumpfung waren die unteren Augenlider hochgradig ectropionirt und die Bindehaut derselben als rothe Wülste hervorgewölbt, so dass beim Lidschluss mehr als das untere Drittel der Cornea unbedeckt blieb. Die Mundwinkel abgerundet, die Mundöffnung narbig verengt, die Haut der Wangen narbig verkürzt, schränkten die Ausgiebigkeit in den Bewegungen des Unterkiefers erheblich ein. Dabei lösten sich an allen Stellen der Gesichtshaut von der an sich verdünnten Hornschichte dünne, weisse, seidenpapierartige Schuppenlamellen ab, welche der Oberfläche beim Darüberstreichen eine gewisse Rauhigkeit verliehen; sobald die sonst regelmässig vorgenommene Application von Fettsalben auch nur wenige Tage unterbrochen wurde, traten oberflächliche Einrisse der Hornschichte auf, die sich zuweilen auch tiefer bis in das Corium erstreckten und eine zu dünnen Borken vertrocknende gelbliche oder mit Blut gemengte Flüssigkeit austreten liessen. Am Schädeldach und Hinterhaupt war die mit einem nur sehr spärlichen Haarwuchs bedeckte Haut papierdünn, glatt, auf der Unterlage verschieblich und frei von Schuppen. Am Rumpf liess sich eine erhebliche Verdünnung oder narbige Schrumpfung der Haut nicht wahrnehmen; sie war beweglich und faltbar, zeigte jedoch ein schmutziggraues Aussehen und überall eine Lockerung in den oberflächlichen Lagen der Hornschichte, die entsprechend den Hautfurchen in grössere oder kleinere unregelmässige Felder getheilt war, in deren Peripherie



die Abblätterung begann, um nach dem Centrum hin fortzuschreiten. Intensiver verändert zeigte sich die Haut an den Extremitäten, wo sie den Weichtheilen fest anlag und namentlich den Unterschenkel wie ein Schnürstrumpf umgab. Während jedoch die Hände bei narbiger Retraction des Corium ganz wie das Gesicht eine fein-lamellöse Abschilferung der Hornschichte darboten, hatte dieselbe an den Beinen und Füssen mit Einschluss der Fusssohlen eine harte pergamentartige Beschaffenheit, gelbbraune Färbung und löste sich in grossen Fetzen ab. Nach solcher Ablösung trat eine anscheinend normal gefärbte und mit einer weichen, zarten Epidermis bekleidete Stelle zu Tage, die sehr bald, mitunter schon nach 24 Stunden hart wurde, sich dunkler färbte, glänzend wurde, sich verdickte und wieder ablöste — und so wiederholte sich der Process in typischer Weise in ununterbrochener Reihenfolge. Ein besonderes Interesse boten die Finger und Zehen dar. Während die letzteren mehr kurzen warzigen Stummeln als gegliederten Zehen glichen, waren jene dünn und lang, nach der Spitze zu verjüngt, in Extensionsstellung fixirt, so dass sie nur und wenig in den Metacarpophalangealgelenken sich beugen liessen. Die sie bedeckende Haut war dünn, glänzend und straff, genau wie bei der Sclerodactylie. Der Ringfinger der linken Hand, welcher dasselbe Aussehen gehabt haben soll, war schon im sechsten Lebensmonat zu einem dünnen fadenartigen Strange vertrocknet und ohne Eiterung abgefallen. Die Nägel an Fingern und Zehen waren gryphotisch gleich Hühnerkrallen bis auf die im fünften Lebensmonate normal gewordenen Nägel der Daumen- und Zeigefinger. Die Affection hatte sich in utero entwickelt, während des Extrauterinlebens aber stetig gesteigert. Unmittelbar nach der Geburt des Siebenmonatkindes fielen den Eltern die narbige Schrumpfung und das Ectropium beider unteren Augenlider, die steifen Finger, die Hühnerkrallen-Nägel auf. Nach wenigen Tagen begann die Abschilferung im Gesichte, während die übrige Haut eine bräunlich-gelbe Färbung annahm und pergamentartig hart wurde, fest wie eine Trommel nach dem Ausdrucke der Eltern, und die Abschilferung begann, anfangs in kleinen Schuppen, später in grossen Lamellen.“ Behrend fasst den Krankheitsfall als idiopathische Hautatrophie auf, bei dem im Gesichte und an den Händen mehr die Atrophie des Corium, an den übrigen Stellen die Atrophie der Epidermis (Keratolyse im Sinne Auspitz's) in den Vordergrund getreten sei. In der Literatur hat er nur einen fast



gleichen Fall (Seligmann, de epidermidis, imprimis neonatorum desquamatione. Diss. inauguralis. Berol. 1841) gefunden, bei dem aber die Haut der Finger und wohl auch des Rumpfes viele Falten bildete, ähnlich dem Xeroderma non pigmentosum Kaposi.

Caspary.

Dermatomykosen.

(Pilzkrankheiten der Haut und ihrer Anhänge.)

Weyl. Ueber Erythrasma. (Monatsh. für prakt. Dermatol., Bd. III. Nr. 2 und 3. 1884.)

Weyl fand in den als Mehl von den kupferfarbenen Flecken abstreichbaren Schüppchen bei „Erythrasma" folgende charakteristische Elemente: Kurze, schmale, sehr blasse, wenig gebogene, dann starre und sehr lange, zuweilen aus 2—3 Gliedern zusammengesetzte Fädchen. Selten bestanden einzelne Fädchen aus perlschnurartig aneinander gereihten, abgeplatteten Gliedern. Endlich sah W. auch wellenförmig gewundene, sehr blasse, schmale, mehr oder minder lange Fäden. Der Breitendurchmesser beträgt zumeist weniger als 0·6 Mm., die Länge ist verschieden. Wo das Netz am dichtesten, dort sind die Fäden am kürzesten. Verzweigung und Gonidienbildung war nirgends wahrzunehmen. Die Fortpflanzung scheint jene der Spaltpilze zu sein. Die Pityriasis sei in der Leistengegend etwas Gewöhnliches, nicht so das wirkliche Erythrasma. In dem Masse nun, als von dem kupferrothen Erythrasma sich Uebergänge zu der kaffeebraunen Pityriasis versicolor fänden, trete auch entsprechend häufig das Mikrosporon furfur auf, welches sich aber von den Elementen des Erythrasma deutlich unterscheiden lasse.

Horovitz.

Köbner. Erythrasma. (Monatsh. für prakt. Dermatologie, Bd. III. Nr. 12. 1884.)

Köbner weist darauf hin, dass er im Jahre 1866 die einzige, bisher bekannte experimentelle Uebertragung des Erythrasma in der medicinischen Section der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur zu Breslau demonstrirt hatte. Erst dieses Experiment habe die vermuthete ätiologische Bedeutung des Burckhardt'schen Mikrosporon minutissimum erwiesen. Das Erythrasma sei, dies werde aus dem beigedruckten Sitzungsprotokolle klar, weder mit dem Eczema



marginatum, noch mit Herpes tonsurans zu identificiren. K. hält die mikroskopische Unterscheidung des Mikrosporon minutissimum von Trichophyton tonsurans für leicht, was besonders in Fällen, wo das Erythrasma neben Pityriasis versicolor am Rumpfe sich findet und in allen klinisch zweifelhaften Fällen von muthmasslichen parasitären Hautaffectionen der Inguinocrural- und Achselgegend von Wichtigkeit ist. Horovitz.

Riehl. Ueber Erythrasma. (Wiener medic. Wochenschrift Nr. 14 und 42, 1884.)

Die Krankheit sei eine häufige, gehöre dem besten Mannesalter an; bei Frauen und Kindern sowie im höheren Alter komme sie selten vor. Der jüngste Kranke war 16, der älteste 55 Jahre alt. Achselhöhle und Innenfläche der Oberschenkel sind die Lieblingssitze; manchmal aber kriechen die Flecke serpiginös weiter, so dass R. in einem Falle die obere Grenze über der Symphyse fand. — In einem Falle fand sich das Erythrasma nebst ausgebreiteten Flecken im Schenkeldreieck auch in Thalergrösse zerstreut an den Extremitäten sowie in Stecknadelkopfgrösse zerstreut über dem ganzen Stamme. Der Verlauf ist ein eminent chronischer, selten kommt es zu acuten Nachschüben; im Alter scheine es von selbst zu schwinden. Bei der mikroskopischen Untersuchung werde jeder diagnostische Zweifel durch die Zartheit der Pilzelemente (Mikrosporon minutissimum), die durch das ganze Sehfeld zerstreuten kleinen Gonidien benommen. Das Mycelium zeigte a) einfach röhrenförmige Gebilde, b) ähnliche septirte Elemente, c) dichotomisch verzweigte Fäden, d) knopfförmig am Ende aufgetriebene Elemente, e) radiäre, quirlförmige Anordnung der Elemente.

Der Sitz der Pilze ist die Hornschichte der Oberhaut, durch aufeinanderfolgende Anwendung von alkal. Methylenblaulösung und schwachessigsaurer Bismark-Braunlösung gelinge es, die Pilzelemente braun, die Epidermis blassblau zu färben. Ueber Züchtung und experimentelle Uebertragung des Mikrosporon minutissimum liegen nach Riehl bisher keine Mittheilungen vor, auch hätten seine eigenen diesbezüglichen Versuche keine unanfechtbaren Resultate gehabt. (Siehe das Referat über Erythrasma von Köbner.) Horovitz.

Behrend. Ueber Impetigo contagiosa. (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 48, 1884.)



Behrend stellte am 17. November 1884 im Vereine für innere Medicin in Berlin einen Knaben vor, der vor 8 Tagen in seine Behandlung kam. Derselbe zeigt im Gesichte eine Hautkrankheit, welche man als Impetigo contagiosa bezeichnen musste, zugleich waren am Nacken, auf beiden Schultern und am behaarten Kopfe typische Flecke von Herpes tonsurans, in deren Schuppen sich Mycelien und Sporen nachweisen liessen. Vor 6 Wochen hatte B. in der Poliklinik zwei ähnliche Fälle beobachtet. In allen diesen Fällen waren die Submaxillardrüsen erheblich angeschwollen und schmerzhaft. Ob nun Impetigo contagiosa eine besondere Form des Herpes tonsurans sei, oder ob der Pilz der Impetigo contagiosa Herpes tonsurans ähnliche Efflorescenzen bewirken könne, darüber will B. keine bestimmte Meinung abgeben. Horovitz.

Colcott Fox. Impetigo vel Porrigo contagiosa. (Med. Soc. Transact. 1884.)

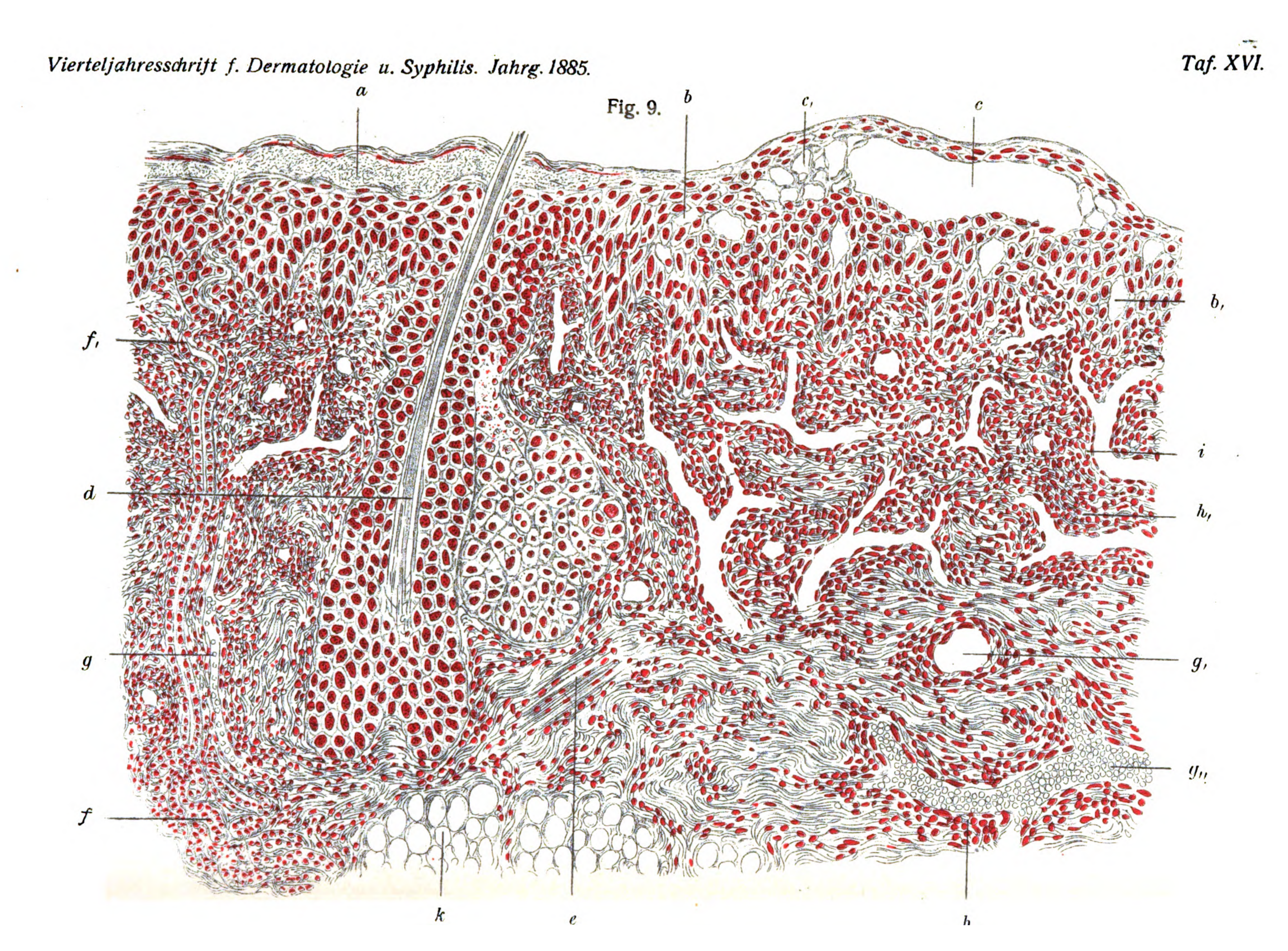
Der Autor kommt nach Durchsicht der Literatur und auf Grund eigener Beobachtungen zu dem Schlusse, dass die als Impetigo contagiosa bezeichnete Affection in vielen Fällen durch eine abnorme Wucherung von Trichophyton tonsurans bedingt sei, dass aber in einer grossen Reihe von Fällen dieses ätiologische Moment nicht herangezogen werden könne, sondern dass es sich hiebei sehr oft lediglich um Infection erodirter Hautpartien mit eitrigem Secret der verschiedenartigsten Natur handeln könne. So wird das Auftreten von Impetigoformen nach der Vaccination (Tilbury Fox) durch Infection der Haut mit Vaccinepusteleiter erklärt. (Ist gewiss nur schwer nachzuweisen. Ref.) Hochsinger.

Kaposi. Ueber einen Fall von Favus universalis. (Sitzungsb. der Wiener Ges. d. Aerzte vom 17. Oct. 1884.)

Kaposi stellte am 17. October 1884 einen 40jährigen Mann der Gesellschaft der Aerzte vor, an welchem nicht der behaarte Kopf allein mit den charakteristischen Favusscutulis bedeckt, sondern Favus noch an anderen Stellen des Körpers reichlich anzutreffen war. Wenn Favus an mit Lanugo bedeckten Stellen auftritt, so geschieht dies auf dreierlei Weise: Erstens durch Selbstübertragung wie im gegenwärtigen Falle, vom Kopfe auf die übrigen Körpertheile; zweitens unter dem Einflusse macerirender Umschläge und drittens auf künstliche



Fig. 9.



Weise durch das Experiment. In dem vorgestellten Falle ging die Entwicklung des Favus universalis ungemein rasch vor sich. Während am 25. September über dem linken oberen Augenlide und gegen die Jochbeingegend kaum einige stecknadelkopfgrosse Scutula anzutreffen waren, sind heute, also nach circa 5 Wochen, die Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten, die Haut des Stammes, des Gesichtes mit mächtigen dichtgehäuften Scutulis besät. An der Beugefläche der Unterschenkel sind die Favi in Folge der intensiv-reactiven Entzündung ausgefallen und an deren Stelle flachnarbige Depressionen zurückgeblieben. Favus der Fingernägel. Die einzelnen Favusefflorescenzen sind roth gesäumt und ihre Umgebung entzündet.

Horovitz.

Schütz. Ueber das Eindringen von Pilzsporen in die Athmungswege und die dadurch bedingten Erkrankungen der Lungen und über den Pilz des Hühnergrindes. (Mittheilungen aus dem k. Gesundheitsamt. Bd. II. p. 208—227. 1884.)

Den Schluss einer Abhandlung von Schütz über Pilzsporen in den Athmungsorganen bildet eine kurze Mittheilung über den Hühnergrind (Tinea, Favus, Porrigo galli), welch letzterer in einer Pilzerkrankung des Kammes und Kehllappens der Hühner besteht, wobei die genannten Gebilde schliesslich in toto von confluirenden grauweissen Schuppen überzogen werden. Der Process schreitet später auch auf Hals, Brust und Rumpf fort. Es gelang dem Autor den Pilz auf Fleischpeptongelatine, so wie auf anderen Nährmedien (u. A. auch Kartoffeln), ganz besonders gut auf Brotdecoct zu züchten und mit den Reinkulturen bei vorher intacten Thieren die gleiche typische Erkrankung des Kammes zu erzeugen. Der Pilz besteht aus gegliederten und verzweigten Fäden, deren ältere Elemente breiter und kürzer sind, als die blassen und fast durchsichtigen jüngeren. Meerschweinchen, weisse Mäuse, Ratten etc. verhielten sich gegen die Impfungen refractär.

Izquierdo. Spaltpilze bei der Verruga peruana. (Virchow's Archiv. Band 99, Heft 3. 1884.)

Izquierdo hat bei einem Falle von Verruga peruana Untersuchungen über das Vorhandensein von Mikroorganismen angestellt. Die untersuchten Knoten stammten von einem Kranken, der seinem Leiden erlegen war und waren 10 Stunden post mortem aus der Kniegegend



und Vorhaut entnommen und in Alkohol gehärtet worden. Insbesondere bei der Behandlung mit Gentianaviolett zeigten sich vielfach in den Knoten kettenförmig angeordnete Mikrococcen. Izquierdo spricht auch von grösseren und kleineren Bacterien, versteht aber darunter die verschieden langen Ketten. Die Capillaren der sehr blutgefässreichen, sarkomähnlich gebauten, Neoplasmen des Bindegewebes vorstellenden Knoten waren zum Theil durch Coccenmassen vollständig verstopft und hatten an solchen Stellen häufig variköse Auftreibungen. Es fanden sich die Mikrococcen auch in Capillaren und Venen, selten in den kleinen Arterien makroskopisch gesund erscheinender Haut in einiger Entfernung um die Knoten herum, ebenso wie in den Gefässen der die Knoten bedeckenden Haut. Caspary.



Syphilis.

Gonorrhoische Processe.

Sternberg. Impfversuche mit Neisser'schen „Gonococcen". (Med. news Nr. 16. 1884.)

St. erzeugte sich Reinculturen (zweifelhaften Werthes) von Gonococcen auf flüssigem und festem Nährboden und impfte mit denselben drei Individuen mit negativem Erfolge. Hieraus zieht St. den Schluss, dass den Gonococcen als solchen keine Virulenz beizumessen sei.

Horovitz.

Welander. Einige Untersuchungen über die pathogenen Mikroorganismen der Blennorrhöe. (Gazette médicale de Paris Nr. 23, 1884.)

Welander fand in 129 Fällen von acuter Blennorrhöe und in 15 Fällen von chronischer Blennorrhöe bei Männern die Gonococcen Neissers, ebenso bei 78 Weibern im purulenten Harnröhrensecret. In anderen Secreten fanden sich keine Gonococcen. In 25 Fällen von Blennorhagie fanden sich in dem Secrete der inficirten Personen ebenfalls Gonococcen; Einimpfungen gonococcenfreier Flüssigkeiten ergaben negative Resultate. (Das Secret fötider Balanitis mit Bacillen, sowie das Scheidensecret mit verschiedenen Formen von Mikroorganismen.) Auf die Einimpfung des Scheidensecretes einer 14 Jahre alten Jungfrau in die männliche Urethra erfolgte keine Reaction. Ebenso erfolglos war die Einimpfung des gonococcenfreien Scheidensecretes von Weibern, deren Harnröhrensecret Gonococcen enthielt, während das gonococcenhältige Harnröhrensecret dieser Weiber, bei Männern in die Harnröhre eingebracht, wieder Urethritis mit Gonococcen erzeugte. Die Reincultur der Gonococcen gelang W. auch nach Fehleisen's Methode nicht. Unter 163 Weibern, die W. untersuchte, fand er 79mal Gonococcen in der Harnröhre, in der Scheide wurden sie nur 10mal



gefunden. 12mal wurde das Secret der Bartolini'schen Drüsen untersucht. Es fanden sich keine Gonococcen, aber andere Mikroben in demselben. In fünf Fällen von acuter Entzündung der Bartolini'schen Drüsen fanden sich keine Gonococcen, obwohl drei der betreffenden Frauen solche in der Urethra hatten. Bei 21 Weibern mit eiterigem Ausfluss aus dem Ausführungsgang der Bartolini'schen Drüsen entdeckte man in jedem Falle Gonococcen. Alle diese Weiber mit Ausnahme einer hatten solche in der Urethra. W. plaidirt für die abortive Behandlung, da er gegen Bockhart hervorhebt, dass man die Gonococcen namentlich in den ersten Tagen nicht nur in den lymphatischen Bahnen, sondern auch in den Epithelzellen finde (parmi les cellules épithéliales). Er empfiehlt Auswischen der vorderen Harnröhre mit Baumwolle und Application von Nitras argenti.

v. Zeissl.

Tuffier. Abscess der Cooper'schen Drüsen. (Progr. méd., Nr. 24, 1884. — Centralbl. f. Chir. 1884, Nr. 44.)

Ein lehrreicher Fall, in so fern der durch Suffocation erfolgende Tod eines 62jährigen Emphysematikers, der in seiner Jugend mehrfach an Gonorrhöe und in den letzten Jahren an Dysurie gelitten, das, was man intra vitam für eine gewöhnliche Urethralstrictur gehalten und demgemäss (durch Bougies) behandelt, als einen Abscess der Cooper'schen Drüsen auswies. Stets war der Harn eiterfrei befunden worden. Die Entzündung des Hodens und Nebenhodens war offenbar die Folge des Katheterismus. Neben dem Genannten ergab die Section Blasenhypertrophie, Erweiterung der Ureteren, leicht granulirte Nieren.

Soffiantini. Phagedänisches Geschwür mit schwerer Blutung — Urethritis — Ischurie, suppurative Prostatitis, Capillarpunctur der Blase — gutartiger Fungus des linken Hodens — Heilung. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 5. 1884.)

Der 20jährige, schmächtige P. G. hatte im Jahre 1883 zum ersten Male eine Urethritis durchgemacht; dann Anfangs April 1884 von Neuem einen Tripper und ein Geschwür an der Dorsalfläche der Glans acquirirt. Dieses letztere nahm, in Folge Application sehr irritirender Medicamente bald einen phagedänischen Charakter an, während gleichzeitig ein früher aufgetretener Darmkatarrh wieder-

kehrte. An der Glans fand sich damals eine 2 Ctm. lange, 1 Ctm. breite Wunde mit gangränösem Grunde und fein gezacktem Rand, die sich bis auf die Corpora cavernosa erstreckte. Unter Jodoform begann sich dieselbe zu reinigen, als am 28. April eine heftige Blutung sich einstellte, die durch Compression und Application blutstillender Mittel sistirt, in 11 Stunden darauf aber wiederkehrte und so heftig wurde, dass ein Verweilkatheter eingelegt und um diesen herum die Medialligatur der Art. dors. penis vorgenommen werden musste. Als man nach einer Woche die Ligatur entfernte, kehrte die Blutung abermals wieder und machte die Wiederholung des Verbandes nothwendig. Das Geschwür reinigte sich darauf und granulirte gut, doch war Patient durch die Blutungen sehr anämisch. Der Reiz des Verweilkatheters hatte zugleich Steigung der Entzündung der Harnröhrenschleimhaut und als Folge davon Ischurie und linksseitige Epididymitis veranlasst. Da das Katheterisiren erfolglos blieb, und bei demselben sich plötzlich eine grössere Menge Eiter aus den hinteren Partien der Harnröhre entleerte, schritt man zur Punctur der Blase mit einem Explorativtroicart unmittelbar über der Symphyse. Die Epididymitis hatte einstweilen Fortschritte gemacht, war erweicht, es entstand ein Abscess, der nach aussen durchbrach. Als sich die Abscesshöhle mit Granulationen angefüllt hatte, begannen diese nach Art des Fungus testis benignus üppig aus der Fistelöffnung zu wuchern und mussten mit dem Lapisstift zerstört werden, doch alle diese Complicationen heilten rasch und unter roborirender Behandlung erholte sich Pat. bald wieder.

Finger.

Waterman. Periurethral phlegmon. (Boston med. and surg. Journ. p. 392, April 1884.)

Als periurethrale Phlegmone beschreibt W. eine seiner Angabe nach sehr seltene, bei einfachem, uncomplicirtem Tripper auftretende und in Eiterung endende Entzündung im periurethralen Gewebe. Die Abscesse brechen meistens nach aussen, zuweilen auch nach der Urethra hin durch und müssen breit geöffnet werden. Ihr Lieblingssitz ist zu beiden Seiten des Bändchens und am Penoscrotalwinkel. An ersterer Stelle kann im Anfang die Differentialdiagnose gegenüber einer primären syphilitischen Induration Schwierigkeiten machen. Wo einmal solche Abscesse aufgetreten sind, kehren sie bei Recidiven des Trippers nach der Meinung des Autors leicht wieder.

Unterberger. Zur Frage über den Zeitpunkt des Auftretens der Epididymitiden und Bubonen nach der Infection. (Monatshefte f. prakt. Dermatol. Nr. 4. 1884.)

Bei 172 Fällen von Urethritis (111 acute, 61 chronische) sah U. 65mal complicirende Epididymitiden auftreten; fast die doppelte Zahl der Epididymitiden fiel auf die chronische Urethritis. Ferner erwies sich ein Ueberwiegen der rechtsseitigen über die linksseitigen Epididymitiden. Doppelseitige waren unter 65 Fällen blos 5. In den ersten vier Wochen nach dem Erscheinen des Trippers traten die meisten Epididymitiden auf. Als Therapie diente anfangs Kälte, später Unguentum cinereum oder Unguentum jodatum; in Fällen, die weder vor-, noch rückwärts gingen, die Einführung dicker Metallbougies 2—3mal der Woche.

Die 172 Urethritiden wurden nur 4mal durch Bubonen complicirt; 3 davon traten in der zweiten Woche, 1 in der vierten Woche nach dem Auftreten des Trippers auf. In 180 Fällen von syphilitischem Schanker kam nur ein rechtsseitiger Bubo vor, welcher in der 7. Woche auftrat, in der 8. incidirt wurde und in einer Woche darauf verheilte.

Mehr als die Hälfte aber aller weichen Schanker (300) war durch Bubonen complicirt. In der Hälfte der Fälle trat der Bubo in der 1. Woche auf; das spätere Auftreten findet seine Erklärung in Complicationen, wie: Phagedänischer Schanker, Phimosis und Paraphimosis. Schnittreif wurden die Bubonen in 55 Fällen in der 1. Woche, in 39 Fällen in der 2. Woche, bei einem Falle in der 6. Woche. Die Heilungsdauer war in 29 Fällen 4 Wochen, in 24 Fällen 2 Wochen, in 19 Fällen 3 Wochen. Die vorkommenden Verzögerungen bis zu 2, 3 bis 5 Monaten hatten ihre Ursache in jenen von U. übernommenen Fällen, welche noch ohne Lister'sches Princip mit Oelläppchen etc. behandelt wurden.

Bergh. Beitrag zur Kenntniss der Entstehung der urethritischen Epididymitis. (Monatshefte für prakt. Dermatologie Nr. 6. 1884.)

Während die Spitals-Statistik ein Häufigkeitsverhältniss von 30—40% an Epididymitiden verzeichnen lässt, hat B. in seiner privaten Klientel nur 7·3% beobachtet. Dieses letztere Verhältniss hält B. für das reelle, während die Spitals-Statistik ihm unbrauch-



bar erscheint. Die Entwicklung der Krankheit geschieht per continuitatem Urethrae so zwar, dass der Process von vorne nach hinten schreitet. Dem entsprechend hat B. auch Mittelformen beobachtet, in welchen der entzündliche Process sich nur auf die Samenstränge allein beschränkt hatte. Das zeitliche Auftreten der Epididymitiden ist aus einer sehr übersichtlich entworfenen Tabelle zu entnehmen, aus welcher hervorgeht, dass die grösste Zahl der Fälle auf die zweite Krankheitswoche fällt. Neben dieser mittleren Durchschnittszahl sind die zeitlichen Extreme angegeben, bei welchen schon 5 Stunden nach dem Coitus (2 Fälle) und (3 Fälle) 3 Jahre nach der Infection die Epididymitis auftrat.

Railton. Gelenksrheumatismus und Endocarditis bei Gonorrhoe. (British Medical Journal. 14. Juni 1884.)

Im Anschlusse an eine acute Gonorrhoe trat bei einem Manne, der früher nie an einem Rheumatismus litt, eine mit Schmerzen einhergehende Schwellung vieler Gelenke ein. Acht Tage nach Beginn der Gelenksaffection trat ein Geräusch über der Herzspitze; Accentuation des zweiten Pulmonaltones auf, jedoch ergab die Percussion keine Veränderung der Herzdämpfung. Nach Ablauf der Herz- und Gelenksaffection kam reichlicher eitriger Ausfluss aus der Harnröhre wieder zum Vorschein.

Grünfeld. Die Ergebnisse endoskopischer Untersuchungen mit Rücksicht auf die Lallemand'sche Aetzmethode. (Wr. med. Presse Nr. 8—9. 1884.)

Während das von Lallemand angeführte Material so mangelhaft für die Beweisführung seiner Anschauung war, dass die Kritik Rose's vollkommen berechtigt erschien, ist man nun mit Hilfe des Endoskops im Stande bei verschiedenen Störungen der Genitalfunctionen, als bei Spermatorrhöe, Pollutionen, präcipitirten Ejaculationen u. s. w. im hintersten Theile der Harnröhre krankhafte Veränderungen ad oculos zu demonstriren. Zugleich sind wir im Stande, diese Veränderungen in scharfer Begrenzung einer medicamentösen Behandlung zu unterwerfen. Beweis genug dafür, dass Lallemand's Aetzmethode, so sehr sie theoretisch berechtigt ist, praktisch nur mit Hilfe des Endoskops durchgeführt werden kann. Controlversuche lehren, dass durch das Tastgefühl allein Medicamente sehr

schwer an die richtige Stelle applicirt werden, wie dies an den Aetzmittelträgern sich ergibt.

Senftleben. Eine neue Methode der Tripperbehandlung. (Monatshefte f. prakt. Dermatol. 9 und 10, 1884.)

Einer hohlen Celluloid-Bougie wird die Spitze abgeschnitten und die Schnittfläche nach Erwärmung geglättet. In diese Röhre wird ein geknöpfter Fischbeinmandrin, der mit einem Griffe versehen ist, geschoben, so dass am vorderen Ende der Knopf des Mandrins genau die Oeffnung der Bougie deckt. Die Ladung dieser „Pistole" geschieht von vorne, indem der Mandrin um die Länge des betreffenden medicamentösen Stäbchens zurückgezogen wird. Nun führt der Arzt oder der Patient das Instrument in die Urethra ein und schiebt den Mandrin vor, wodurch das Medicament in die Harnröhre gelangt.

Es folgen einige Angaben über das Anfertigen verschiedener Urethralsuppositorien.

Dieses Instrument ist offenbar nur ein verschlechterter Dittel'scher Aetzmittelträger, dessen Verwendung in der Hand eines Patienten auch gefährliche Consequenzen nach sich ziehen kann. Horovitz.

Vail. Behandlung der Gonorrhöe mit offenen Draht-Bougies. (Brit. med. Journ. 15. März 1884.)

Verf. ist der Ansicht, dass hier, wie bei Eczem und anderen entzündlichen Erkrankungen eine Indication darin besteht, die erkrankten Flächen vor gegenseitiger Berührung zu schützen. Um diesem Zweck zu entsprechen, hat Verf. eine Bougie verfertigen lassen, die in Verbindung mit Einspritzungen gebraucht wird.

Dieselbe besteht aus einem nach Art einer Haarnadel gebogenen Draht, an dessen zwei freien Enden ein Stückchen Katheter angebracht wird, dessen freies Ende mit einem kurzen Gummischlauch zusammenhängt. Dieses Instrument wird nun bis an den Katheter in die Urethra eingeführt, durch das elastische Rohr Flüssigkeit injicirt und wenn die Urethra mit Flüssigkeit gefüllt ist, das elastische Rohr abgeklemmt und 20—30 Min. gewartet. Nach dieser Zeit ist meist der grösste Theil der Flüssigkeit resorbirt.

Ein zweites ähnliches Instrument besteht aus einem ähnlichen haarnadelartig gebogenen Draht, an dessen stumpfem Ende noch eine zweite Drahtbranche befestigt ist, die alle 3 am freien Ende nach



aussen gebogen und in Oesen umgeformt sind. Dieses Instrument wird continuirlich in der Urethra getragen, um den Abfluss des Secretes zu erleichtern. Finger.

Unna. Eine neue Sondenbehandlung des chronischen Trippers. (Monatshefte f. prakt. Dermatologie Nr. 11, 1884.)

Unna verbindet bei seiner medicamentösen Sondenbehandlung des chronischen Trippers die mechanische Wirkung von Metallsonden auf die verdickten und gewulsteten Schleimhautpartien in den hinteren Harnröhrenpartien mit der chemischen Wirkung eines adstringirenden Salbenüberzuges, welchen er seinen Zinnsonden gibt. Da die bekleidende Salbenmasse (Ol. Cacao 100·0, Cerae flavae 2·0—5·0, Argenti nitr. 1·0, Bals. peruv. 2·0) bei gewöhnlicher Temperatur fest ist und erst bei Körpertemperatur zerfliesst, so gelingt es durch Einführung derartiger Instrumente bis über die erkrankte Harnröhrenpartie, welche eventuell früher mit dem Endoskop genau bestimmbar ist und durch mehrminutiges Belassen derselben in der Urethra, die ganze Harnröhre, insbesondere aber die Schleimhaut der tieferen Partien mit dem Medicamente in directen und länger dauernden Contact zu bringen. Bei allen chronischen Tripperformen, zumal bei beginnender Stricturirung des Urethralschlauches erweist sich nach dem Verf. diese Behandlungsmethode sehr erfolgreich. Man beginnt mit der Einführung derjenigen Sondennummer, welche leicht passirt und steigt, indem man gleich denselben Tag noch die nächst höhere Nummer einführt und stets einige Minuten in der Harnröhre verweilen lässt, in den folgenden Tagen bis auf Nr. 22 oder 23. Schon nach einem einmaligen, aus 4—6 solchen Sondirungen bestehenden Behandlungscyklus, jedenfalls aber nach 2—4mal wiederholten, soll Heilung erfolgen. Nach Beendigung der Sondencur sind Injectionen von sulfocarbolsaurem Zinkoxyd von Vortheil.

Ein besonderer Vorzug der Unna'schen Salbensonden besteht nach dem Verf. darin, dass die Einführung derselben niemals von allgemeinen Reactionssymptomen begleitet sind.

Die Montirung der Sonden geschieht in der Weise, dass dieselben entsprechend gekrümmt in einen halbmondförmig gebogenen Glascylinder, der mit der geschmolzenen Salbenmasse erfüllt ist, getaucht und dann an einem zum Trocknen passenden Orte aufgehängt werden.

Hochsinger.



Antal. Die Anwendung der Massage bei der Erweiterung der callösen Strictur der Harnröhre. (Centralbl. f. Chirurgie, Nr. 23, 1884.)

Die Bindegewebshyperplasie der Harnröhre bei alten Stricturen bringt einerseits die Harnröhre aus ihrer normalen Richtung, andererseits wirkt sie verbunden mit der Epithelialwucherung als mechanisches Hinderniss einem eindringenden Instrumente; endlich ist die Recidive bei dem Bestande der callösen Bindegewebsneubildung ungemein häufig. A. versuchte daher die Massage, indem er 8—10 Minuten lang die Bindegewebs-Indurationen strich. — Es folgen sechs Krankengeschichten, aus welchen die Wirkung der Massage ersichtlich werden soll.

Im ersten Falle konnte schon nach 4 Tagen eine impermeable Strictur mit einem englischen Katheter Nr. 4 passirt werden. Im 2. Falle gelang es unter Zuhilfenahme der Massage auch eine Perinealfistel zum Verschluss zu bringen. Im 3. und 4. Falle wurde 6, respective 5 Tage massirt. Im 5. Falle, in welchem die ganze Pars pendula bindegewebig entartet war, genügten 8 Tage Massage, um die Harnröhre für erweiternde Instrumente tolerant zu machen und die Induration wich beinahe gänzlich.

Schmitz. Beiträge zur Kenntniss der Wirkung des Arbutins. (Centralbl. f. klin. Medicin. Nr. 49. 1884.)

Sch. hat das Arbutin, das Glykosid der Bärentraubenblätter, in zwei Fällen von Cystitis erprobt, und glaubt es nach diesen sowie auch nach einigen anderen Erfahrungen empfehlen zu können. In beiden Fällen hörte der schmerzhafte Harndrang auf, der Harn klärte sich und verlor den penetranten Geruch. Im ersten Falle genügten 5 Grm., im zweiten 15 Grm. Arbutin, die Cystitis zu beseitigen. Er verordnet: Arbutin 5 Grm., Aqu. dest. 200 Grm. zweistündlich einen Esslöffel voll zu nehmen.

Routière. Ueber tuberculöse Cystitis. (Progrès méd. Nr. 38. 1884.)

Die tuberculöse Cystitis geht entweder von primär erkrankten tuberculösen Herden aus oder die Tuberculose localisirt sich in der Prostata und Niere und schickt eine chron. Cystitis voraus, endlich kann Lungentuberculose auch zu Tuberculose der harnleitenden Wege führen. Die Tuberculose der Blase führt gewöhnlich zur Blasen-



perforation oder Urämie. Therapie null; symptomatisch sind Opiate als Ausspülungen oder Suppositorien schmerzlindernd anzuwenden.

Horovitz.

Horovitz. Die Behandlung schwerer Blasenkatarrhe durch Blasenschnitt. (Wien. med. Wochenschr. Nr. 13 und 14, 1883.)

Die Harnblase ist nach H. im katarrhalischen Zustande dritten Grades einer Höhlenwunde oder einem Abscesse gleich zu setzen, der einen langen und gewundenen Ausführungsgang besitzt. Dieser Ausführungsgang (Harnröhre) setzt einer krankhaft gereizten Blase und dem Durchpressen ihres eingedickten Secretes unüberwindliche Hindernisse entgegen. Es muss daher zu einer Secretstauung in der Blase kommen. Sehr häufig sind solche Blasen noch mit Divertikeln und Ausbuchtungen versehen.

Der zweite wesentliche Punkt in der Pathologie dieses Uebels ist die Insuffizienz der Blasenmusculatur. Bei hochgradigen Entzündungen, bei welchen nicht allein die submucösen, sondern auch die tieferen Muskellager in Mitleidenschaft gezogen sind, überdies die gesteigerte Schmerzhaftigkeit bei intendirter Contraction keine kräftige Action, wie sie der physiologische Act der Harnaustreibung erfordert, zulässt, fällt ein grosser Theil der austreibenden Kraft fast ganz weg. Diese Verhältnisse müssen nun abermals zur Secretstauung führen.

Durch die Cystotomie, resp. perineale Urethrotomie und Drainage der Blase fallen alle Ursachen des Stauungskatarrhs weg, der Harn und das katarrhalische Secret können frei abfliessen. Die Blase lässt sich jetzt wie ein Abscess behandeln, der an geeigneter Stelle durch Oncotomie eröffnet wurde.

Unter 58 bis jetzt bekannt gewordenen Fällen sind 30 Heilungen, was etwas über 50% ausmacht, zu verzeichnen. Die Zahl der Todesfälle, die sich mit 16 beziffert, beträgt circa 30%, was im Verhältnisse zum Procentsatze der Heilungen als hohe Mortalität aufgefasst werden muss. Wenn wir aber der Todesursache nachforschen, so werden wir finden, dass 15 Fälle, also fast die Gesammtzahl der mit Tod abgegangenen Patienten, an tiefgreifenden Nierenkrankheiten litten, die wahrscheinlich schon vor der Operation bestanden, d. h. dass die Operation zu spät gemacht wurde.

Mit Rücksicht auf den Zweck der Operation hält der Verf. jede Operationsmethode, die mehr als freien Abfluss des Harnes aus der



Blase bewirkt, für vollständig überflüssig. Sodann wird ein Nelaton-Katheter fixirt und irgend ein passendes Medicament: 3%ige Borax-lösung, 5%ige Glaubersalzlösung, 1%iges Carbolwasser oder 0·1%ige Nitras Argentilösung sehr vorsichtig ein oder zwei Mal täglich injicirt mit oder ohne Opium.

Zum Schlusse theilt H. noch drei Krankengeschichten mit.

Horovitz. Zur Behandlung der chronischen Blennorrhagien. (Centralbl. f. Therapie Nr. 7, 1884.)

Nach Horovitz handelt es sich bei diesen Tripperformen um kleine circumscripte Affectionen der Urethralschleimhaut, bei längerem Bestande auch der submucösen Lager. Die pathologischen Veränderungen lassen sich leicht auf zwei Grundformen zurückführen. Wir haben es — von ganz veralteten Fällen abgesehen — entweder mit exfoliativen oder aber mit hypertrophisirenden Formen der entzündlichen veränderten Urethra zu thun.

Die exfoliativen Formen zeichnen sich durch grössere oder kleinere, selten die ganze Circumferenz der Harnröhre einnehmende, zumeist oberflächliche Substanzverluste und sammtartige Auflockerungen der Schleimhaut aus. Die hypertrophischen Formen bilden hanfkorn- bis erbsengrosse Infiltrate, welche in das Lumen der Harnröhre hineinragen.

Bei der ersten Reihe von Zuständen ist es geboten, Mittel einwirken zu lassen, wie man sie bei Behandlung von Geschwüren anwendet, die auf Infection beruhen. Dieses Mittel ist die 5—6procentige Carbolsäure, die mittelst eines Capillarkatheters bis zu 5 Tropfen eingespritzt wird. Für hypertrophisirende Affectionen eignet sich am besten die in zweitägigen Zwischenräumen angewandte Sonde mit immer zunehmendem Caliber. Auspitz.

Primäre venerische Geschwüre und Drüsenaffectionen.

Tomaszewsky. Ueber einen Fall von weichem Schanker auf der rechten Mandel. (Wr. Med. Presse Nr. 34. 1884.)

Ein mit einem weichen Schanker am Präputium behaftetes Individuum verletzte sich beim Essen die Schleimhaut des Rachens auf der rechten Seite, worauf sich an Ort und Stelle ein Geschwür entwickelte, welches als Schankergeschwür gedeutet wurde. Drei Im-



pfungen auf der Haut des Armes gaben zwei positive und ein negatives Resultat. Dieser höchst ungewöhnliche Sitz des weichen Schankergeschwüres wird durch die Besudelung der Wunde, die vom Knochensplitter hervorgerufen war, mit den unreinen Fingern des Patienten erklärt. Am 3. Tage war eine Schwellung der Glandula submaxillaris profunda dextra zu constatiren. Horovitz.

R. W. Taylor. Chancre of the tonsil. (New-York med. Journ. 24. Mai 1884. — Centralbl. f. klin. Med. Nr. 36. 1884.)

T. berichtet über mehrere einschlägige Fälle des in der Ueberschrift bezeichneten Leidens, das in Amerika viel öfter vorzukommen scheint, als bei uns und vom Verf. als häufige Folge widernatürlicher Befriedigung des Geschlechtstriebes bezeichnet wird. Die ersten Erscheinungen documentiren sich in Röthung und Schwellung ohne wesentliche Härte der Tonsille; unter Zunahme dieser Erscheinungen tritt oberflächliche Ulceration ein, welche bald zunimmt und mit Bildung eines grauweissen, bald dünneren, bald dickeren Belags einhergeht. Auch die Verhärtung nimmt zu und kann Knorpelconsistenz erreichen, ein Ereigniss, das wesentlich von der ursprünglichen Beschaffenheit der Mandel, dem grösseren oder geringeren Gehalt derselben an zelligen oder bindegewebigen Elementen beeinflusst wird. Der Schanker entwickelt sich dabei stets nur einseitig, desgleichen schwellen auch die benachbarten Lymphdrüsen nur einseitig an, während das Intumesciren entfernter gelegener Lymphdrüsen mit dem Ausbruch der secundären Erscheinungen zusammenfällt. Subjectiv bestehen auf die Localaffection zurückzuführende Schluckschmerzen.

Howlett. Bubon d'emblée. Sitzung der East. York and Lincoln Soc. vom 28. Mai 1884. (Brit. med. Journ. Nr. 1226, p. 1255, 28. Juni 1884.)

H. stellt einen Pat. vor, bei dem angeblich die primären Erscheinungen der Infection in den Drüsen sassen. Es war kein Schanker nachzuweisen und doch kam es zu Schwellung und Vereiterung der Inguinaldrüsen mit Production antoinoculablen Eiters. Ein anderer Pat. hatte sich dem Vortragenden am 26. Jänner mit einer Kette indolenter Drüsen in beiden Leisten vorgestellt, die grössten Drüsen waren dem Genitale am nächsten. Sorgfältige (? R.) Untersuchung ergab auch in diesem Falle keinen Initialaffect, 27. Februar kam es unter Fieber und Gelenks-



schmerzen zu Ausbruch eines squamösen Syphilides, ohne dass der Initialaffect nachweisbar gewesen wäre. Finger.

Strauss. Ueber die Virulescenz des Bubos, welcher den weichen Schanker begleitet. (Comptes rendus de l' Académie, Tom. 99, Nr. 21, 1884.)

Strauss hat nach den verschiedenen Färbemethoden sowohl den Eiter als auch die Wandungen von Bubonen, welche auf weiche Schanker folgten, untersucht und es gelang ihm niemals einen Mikroorganismus nachzuweisen. Auch Culturen auf flüssigem und festem Nährboden misslangen. Ebenso blieben Einimpfungen von Eiter solcher Bubonen in 42 Fällen erfolglos. Dieselben wurden mit ausgeglühten Instrumenten, nachdem die gewählte Impfstelle gehörig gewaschen worden war, an der Bauchhaut in der Nähe des Nabels oder am Arme vorgenommen. Zeitweise wurde auch zu Controlversuchen das Secret des weichen Schankers an einer anderen Stelle eingeimpft. Die Impfstelle wurde mit einem mit Diachylonpflaster befestigten Uhrglas oder mit desinficirter Watte bedeckt. Während die Schankereitereinimpfung immer einen positiven Erfolg lieferte, fiel die Impfung des Bubonen-eiters immer negativ aus, mochte derselbe von der Tiefe oder von der Oberfläche genommen sein. Der Verf. meint, dass auch die von seinen Vorgängern vorgenommenen Impfungen mit dem Eiter von Bubonen weicher Schanker erfolglos geblieben wären, wenn sie die Impfstellen vor Verunreinigung mit dem Secrete des weichen Schankers bewahrt hätten. Strauss sah auch mehrere Tage nach der Spaltung einen Bubo niemals schancrös werden, wenn er durch einen Calmirverband (nicht antiseptischen) denselben vor der möglichen Besudelung mit Schankereiter geschützt hatte. Der Verf. zieht folgende Schlüsse: „Die anatomische Untersuchung des Eiters und der Wandungen des den weichen Schanker begleitenden Bubos, die Resultate der Culturen und des Experimentes zusammengenommen, nöthigen zu dem Schluss, dass es nicht zwei verschiedene Gattungen von Bubonen gibt, welche den weichen Schanker begleiten, sondern, dass es nur eine Art von Bubo in Folge des weichen Schankers gibt. Der Bubo des weichen Schankers ist ursprünglich niemals virulent, sondern er wird nur nach seiner Eröffnung virulent und schancrös durch secundäre Impfung" (vom ursprünglichen Schankergeschwür her).



Horteloup. Ueber die Virulenz der Bubonen. (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, p. 11. 1885.)

H. wendet sich gegen die Angaben von Strauss. Es sei schon, wenn man Strauss' Ansichten acceptire, schwer zu verstehen, wieso schancröse Bubonen bei solchen Individuen entständen, deren Schanker schon vor Eröffnung der Bubonen geheilt war. Schon Ricord hat sieben einschlägige Fälle mitgetheilt. Wenn man sich zu S. Ansichten bekenne, müsse man annehmen, dass der Bubo von dem Schanker eines anderen Kranken inficirt worden sei, und müsse sich wundern, dass der schancröse Bubo nicht häufiger vorkomme.

Bei einem Kranken Horteloup's, der einen weichen Schanker am Frenulum trug, hatte sich Phimosis und endlich ein Bubo entwickelt. Dieser wurde mit einem neuen Bistouri unter antiseptischen Cautelen eröffnet. Der Bubo wurde mit einem Calmirverband bedeckt und mit dem zur Incision gebrauchten Instrumente 3 Centimeter vom Nabel eine Impfung vorgenommen und die Impfstelle durch ein Uhrglas bedeckt.

Nach 48 Stunden am 1. December zeigte die Impfstelle keinerlei Veränderung, der Verband über dem Bubo wurde entfernt, mässige Eiterung, die Ränder sind nicht ulcerirt. Es wird mit einem neuen Bistouri eine zweite Impfung vorgenommen, 1 Ctm. entfernt von der ersten Impfstelle; aber der Eiter erst aufgetragen, nachdem die Impfstelle zu bluten aufgehört. Die Impfstelle wird mit einem Uhrglas, die Drüsenabscesswunde mit einem Calmirverband bedeckt. Am 4. December Verbandwechsel, die Impfung vom 1. December hat ein Eiter enthaltendes Bläschen, welches an zwei Stellen durchbrochen und von einem entzündlichen Hofe umgeben ist, hervorgerufen. Neuerliche Einimpfung von dem Eiter dieser Pustel und vom Eiter des Bubo unter gleichen Cautelen. Der Bubo hat unterdessen das Aussehen eines Schankerbubo angenommen. Der Schanker, welcher in Folge der Impfung vom 1. December entstanden ist, ist deutlich ausgesprochen, die Abimpfung von ihm hat ein weissliches von rothem Hofe umgebenes Bläschen hervorgerufen, die 3. Impfung von Buboneneiter hat einen positiven Erfolg gegeben. Am 8. December weichen alle diese Impfprodukte in Nichts von den Charakteren des Schankers ab. Horteloup hält in seinem Fall die Infection der Impfstellen und der Drüsenabscesswunde von dem Schanker am Gliede für ausgeschlossen und meint, dass Strauss bei seinen Ver-

suchen eine Reihe von günstigen Fällen getroffen hat, und sich übereilt hat den Schankerbubo zu leugnen.

Diday. Ueber schancröse Bubonen. (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, p. 17. 1885.)

Diday fügt den von Horteloup angegebenen Symptomen eines Schankerbubo noch die hochgradige und eigenthümliche Schmerzhaftigkeit hinzu. Die Symptome bestehen in rascher Vergrösserung der Lymphdrüse, welche rasch unbeweglich und rasch an die Haut angelöthet wird, welche sich alsbald röthet, gespannt, glänzend und schnell verdünnt wird, während der ganze Tumor, der hart war, rasch in seiner ganzen Masse erweicht. Bei spontanem Durchbruch erfolgt dieser an mehreren Stellen, so dass die Haut wie ein Sieb aussieht, und nicht, wie bei der entzündlichen Adenitis, an einer Stelle. Die Schmerzempfindung ist sowohl ihrer Art als dem Zeitmomente nach, in welchem sie auftritt, eigenthümlich.

Nachdem Diday sich einen Schanker eingeimpft hatte, empfand er drei Tage fast keinen Schmerz. Als am dritten Tage der Schanker vollständig entwickelt war, wurde er durch Cauterisation zerstört. Fünf Tage später fühlte D. an der kranken Stelle heftigen Schmerz und der Erosionsprocess griff auf die tieferen Schichten über. Nach einigen Wochen bildet sich eine Adenitis, die gespalten wird. Vier oder fünf Tage später die gleiche Schmerzempfindung, der Erosionsprocess griff wieder auf die tieferen und nervösen Schichten des Teguments über, der Schmerz dauerte 2—3 Stunden. Gegen diesen Schmerz, sei es der Incisionsstelle, sei es im Inneren des eröffneten Abscesses, sind Bäder, warme Ueberschläge und Narcotica ohnmächtig, nur Injectionen mit Silbernitrat beseitigen sie. Diday sagt, der schancröse Charakter des Bubo bestehe vor der Spaltung desselben, und schliesst mit Folgendem:

1. In vielen Spitälern werden Bubonen ohne Auswahl mit Vesicantien behandelt, warum erfolgt die zufällige Schankerimpfung an der excorirten und oft blutenden Haut nicht?

2. Wo der Bubo gespalten wurde, sieht man auf einmal die Incisionsränder in ihrer ganzen Länge ausgezackt, zerrissen und breiig, das beweist, dass sie von dem ausfliessenden Eiter inficirt wurden. Käme die Infection vom Schanker, so müsste sie sich dort



Fig. 11.



NEUMANN: Histolog. Veränd. bei den Hautsyphiliden.

Druck v. Sinsel & Co., G. m. b. H., Oetzsch-Leip

zuerst äussern, wo der Schankereiter einwirkte und von dort weiterschreitend sich ausbreiten.

3. Wenn die Ränder eines Drüsenabscesses schancrös werden, geschieht das immer am 5. oder 6. Tage. Wenn es durch Impfung vom Arme geschieht, warum erfolgt dieser eigenthümliche Vorgang nie nach der ersten Woche?

4. Man kann bei manchen Bubonen schon vor der Spaltung sagen, dass sie nach der Spaltung schancrös werden, ebenso gibt es strumöse, von welchen man mit Sicherheit voraussagen kann, dass sie strumös bleiben werden. Derjenige, der sie hat, hat einen Schanker, er ist in einem venerischen Spital der Reinoculation, die allein den Schankerbubo bedingt, ausgesetzt. Aber man braucht sich nicht zu fürchten, strumös waren sie beim Entstehen, strumös werden sie bleiben. v. Zeissl.

Richmond. Behandlung der Phimose ohne Operation. (Brit. med. Journ. 8. Nov. 1884.)

Richmond empfiehlt zur Verwendung für messerscheue Patienten ein Instrument, das aus zwei parallel laufenden, schuhlöffelförmigen Branchen besteht, die zwischen Präputium und Glans eingeschoben und durch ein Gewinde aneinandergeschoben, einige Minuten liegen bleiben.

3—4wöchentliche tägliche Anwendung bringt es so weit, dass Reposition des Präputium möglich wird. Finger.

Unna. Zur Jodoformbehandlung des Ulcus molle. (Monatshefte f. prakt. Dermat. Nr. 8, 1884.)

Unna empfiehlt gegen das Ulcus molle in erster Linie Jodoform (wie dies ja allgemein anerkannt ist), beinahe als Specificum und gibt folgende Winke für die Application:

Die Form des Pulvers ist die allerschlechteste, denn man braucht von ihm viel mehr als nöthig und kann es besonders gar nicht verhindern, dass nicht einzelne Körnchen in den Kleidern des Patienten hängen bleiben, wodurch jede Desodorisirung derselben ein für allemal illusorisch wird. Beide Nachtheile hat der Jodoformäther nicht; zudem wirkt er, wie es scheint, noch rascher entgiftend auf den Schanker als das Pulver. — In den meisten Fällen verzichtet Vf. an den Genitalien auf den Jodoformätherspray, der seine Hauptan-



wendung bei Affectionen des Mundes, Rachens, der Nase und des Haarbodens finden soll, und setzt anstatt dessen die Berührung mit einem Tropfen Jodoformäther. Während dessen nimmt der Pat. einen Gummidoppelballon zur Hand und dirigirt im selben Moment, in dem der Aethertropfen das Geschwür berührt, einen scharfen Luftstrom auf die Stelle. Auf diese Weise verdunstet der Jodoformäther im Moment, wirkt schmerzlos, das geringe Quantum Jodoform ist haarscharf auf die richtige Stelle fixirt und der Arzt hat es ganz in der Hand, durch Wiederholung der Procedur einen beliebig dicken Jodoformüberzug aufzutragen. Immerhin genügt dieser Ueberzug doch nicht auf 24 Stunden. U. bedeckt daher die Wunde mit Jodoformgaze (seinem Jodoformgitterpflastermull), und legt darauf endlich Verbandwatte, mit Cumarin oder anderen Wohlgerüchen in spirituöser Lösung imbibirt. (Kann jeden Augenblick mit einem Spray selbst bereitet werden.)

Für den Urethraleingang hat Vf. Jodoformstifte anfertigen lassen nach der Formel:

Rp. Jodoformi 10,0
Gi. arabici 3,0
Gi. tragacanth. 1,0
Glycerini 1,0
Aq. q. s.
ut f. bacilli No. 5.

Nach dem Uriniren wird der zugespitzte und mit Wasser benetzte Stift vom Pat. einige Male im Eingange der Harnröhre umgedreht und das Geschwür ausgiebig damit bestrichen. Dann kommt sofort etwas odorisirte Watte zwischen die Lippen der Harnröhre und eine grosse Lage derselben Watte umhüllt das Glied. Der Stift kommt nach dem Gebrauche sofort in ein eigenes, hölzernes Büchschen. Er dient nach dem Verf. nebenbei als ein gutes Prophylacticum gegen Ansteckung durch Tripper oder weiche Geschwüre. Hochsinger.

Petersen. Basisch salpetersaures Wismuthoxyd als äusseres Mittel bei venerischen und Hautkrankheiten. (Wratsch Nr. 16. 1884. — Centralbl. f. Chir. Nr. 28, 1884.)

Petersen hat bei „venerischen Wunden“ in etwa 300 Fällen folgendes Verfahren mit Erfolg angewendet: Die Wunde wird mit Sublimatwasser (1 : 200) gereinigt, mit Salicylwatte abgetrocknet und darauf leicht mit Magisterium Bismuthi bepudert; darüber



eine dünne Schicht Watte. Wenn beim Uriniren Harn auf die Wunde gelangt, wird der Verband erneuert. Nach dem Bestreuen wird die Wunde ganz trocken, blass und heilt nach dem Verf. rasch (? A.). Ist jedoch reichliche Eiterung vorhanden, und wird der Verbandwechsel resp. das Bepudern nicht häufig genug wiederholt, so zieht sich die Heilung in die Länge. Wird ferner eine dickere Schicht des Pulvers auf die Wunde gebracht, so bildet sich ein weisser Schorf, unter dem die Eiterung fortbesteht. Bei phagedänischem Schanker genügte das Magist. Bism. nicht; es musste zum Jodoform gegriffen werden.

Noch befriedigender waren die Erfolge der Anwendung des Mag. Bism. bei Balanitis (? A.); auch hier nur leichtes Bepudern nach vorherigem Reinigen der Eichel. Bisweilen genügte schon zweimalige Anwendung des Mittels, um die Erkrankung zum Schwinden zu bringen, so dass P. in letzterer Zeit alle übrigen hierbei gebräuchlichen Mittel aufgegeben hat.

Auch bei nässenden Papeln, bei Eczem und bei Fissuren der Brustwarzen waren die Erfolge „befriedigend".

Eine schmerzstillende Wirkung des Mittels hat P. nicht beobachtet, aber auch keine schmerzerregende. Zu achten sei übrigens darauf, dass das Präparat keine Verunreinigungen von Blei oder Arsen enthalte.

Die Wirkung des Mag. Bism. glaubt P. (mit Poehl) seinem austrocknenden Einfluss zuschreiben zu müssen. Dadurch werde die Peptonisirung verhindert und zugleich der Zerfall und die Verflüssigung der Eiweissstoffe aufgehalten (! ? A.).

Zur allgemeinen und speciellen Nosologie der Syphilis.

Lustgarten. Die Syphilisbacillen. (Jahrb. d. Gesellsch. d. Aerzte in Wien. 1885. Mit 4 chromolithogr. Tafeln.)

Nachdem Lustgarten schon im Monate October 1884 in einer Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien (Sitzungsber. dies. Ges. vom 17. April 1885) eine vorläufige Mittheilung über die von ihm bei Weigert in Leipzig gemachte Entdeckung von charakteristischen Bacillen in zwei Sclerosen und einem Gumma veröffentlicht hatte, publicirt er nunmehr in einer ausführlicheren Arbeit



die Methode, nach der er beim Nachweis dieser Mikroorganismen zu Werke gegangen und schliesst daran die Ergebnisse seiner weiter fortgesetzten Untersuchungen.

Dieselben erstreckten sich seither auf drei syphilitische Gummageschwülste, drei syphilitische Papeln, davon eine nässende, eine schuppende und eine in Resorption begriffene und auf einen indolenten Inguinalbubo — zusammen bisher 10 anatomische Präparate. In allen diesen Syphilisprodukten, sowie in sechs Fällen von Secretuntersuchungen syphilitischer Affectionen gelang es L. nach der weiter unten zu skizzirenden Methode in den Gewebsschnitten und in Trockenpräparaten der pathologischen Secrete Bacillen mit Sicherheit nachzuweisen, welche er für zweifellos specifisch und wohl charakterisirt erklärt und die er sonach per analogiam mit den andern Infectionskrankheiten bacterieller Natur für die Träger des syphilitischen Virus hält.

Die L.'sche Färbungsmethode besteht in Folgendem: Die Schnitte des in absol. Alkohol gehärteten Präparates werden in eine Ehrlich-Weigert'sche Gentianaviolettlösung eingelegt, darin durch 12—24 Stunden bei Zimmertemperatur und hierauf durch 2 Stunden im Wärmekasten bei 40° C. belassen, sodann in absolutem Alkohol abgespült, nun zur Entfärbung in eine $1\frac{1}{2}$%ige Lösung von hypermangansaurem Kali für mehrere Secunden und von hier aus für ebenso kurze Zeit in eine wässerige Lösung von schwefeliger Säure eingebracht, wo sich das Präparat des durch das Kaliumpermanganat entstandenen Niederschlages entledigt und entfärbt wird. Die Behandlung mit diesen beiden Flüssigkeiten wird so lange fortgesetzt, bis das Präparat ganz farblos ist, was in der Regel nach 3—4 Mal durchgemachtem Turnus der Fall ist. Nun erfolgt das Einschliessen des Schnittes in Harz oder Balsam nach den gewöhnlichen Methoden.

Die so dargestellten Bacillen erscheinen nun in dunkelblauer Tinction im Gesichtsfelde. Dieselben haben eine Länge von 3—7 μ und eine Dicke von $\frac{1}{4}$—$\frac{3}{10}$ μ, sind häufig leicht wellenförmig geschwungen oder schwach S-förmig gekrümmt, lassen Sporenbildung als helle ovale Flecken in ihrem Protoplasma erkennen, ähneln im Allgemeinen sehr den Tuberkelbacillen, von denen sie sich jedoch durch knopfförmige Anschwellungen an den Enden unterscheiden sollen. Die L.'schen Bacillen kommen nie frei im Gewebe vor, son-

dern nur eingeschlossen in eigenthümlichen ovalen oder polygonalen Zellen von der doppelten Grösse eines weissen Blutkörperchens, welche L. als Wanderzellen aufgefasst wissen will, da er eine solche mit 9 Bacillen gefüllte Zelle einmal in der Stachelzellenschichte des Rete in einem breiten Condylom gesehen hat. Weiters fanden sich in einem Sclerosendurchschnitte zwei bacillenhaltige Zellen in dem Lumen eines Lymphgefässes.

Im Allgemeinen sind die Bacillen nicht sehr zahlreich in den Gewebsschnitten zu finden, häufig fehlen dieselben sogar vollständig in einzelnen Schnitten und wo sie vorhanden sind, kommen sie spärlicher und seltener in dem eigentlichen Infiltrationsherd als an der Grenze desselben gegen das gesunde Gewebe vor.

Was die Farbestoffreaction betrifft, sei hervorzuheben, dass mit Ausnahme der Lepra- und Tuberkelbacillen keine andere Schizomycetenspecies nach L.'s Methode darstellbar ist, wie die zahlreichen Controlversuche des Verf. ergeben haben. Für Lepra und Tuberculose kann L.'s Entfärbungsverfahren auch an Fuchsin- und Methylenblaupräparaten verwendet werden. Die Untersuchung zweier durch Excision gewonnener Präparate von weichen Schankergeschwüren auf Bacillen fiel negativ aus.

Nach einigen theoretischen Betrachtungen über die Art der Propagation des syphilitischen Giftes, wobei den Wanderzellen und Lymphgefässen eine besonders wichtige Rolle zugesprochen wird, kommt L. zu dem in seiner Form äusserst concis gefassten Schlusse, dass künftighin die Frage, ob gegebenen Falles etwas Syphilis sei oder nicht, erst durch den Nachweis der von ihm gefundenen Bacillen in positivem Sinne zu entscheiden sein wird.

Züchtungs- und Cultivirungsversuche scheinen dem Verf. bisher nicht gelungen zu sein; wenigstens ist keine Erwähnung davon gethan.

Im Anschlusse an diese Mittheilung folgt eine kurze historische Skizze über die Literatur des Contagium animatum der Syphilis und vier chromolithographische Tafeln. Hochsinger.

Morisani. Neuer Beitrag zur Kenntniss der experimentell erzeugten Syphilis bei Thieren. (Il Morgagni. 2. u. 3. 1884.)

Sechs Kaninchen wurden an der Unterlippe mit den Produkten einer nicht zerfallenden Sclerose mittelst Einschnitt geimpft. Nachdem nach drei Monaten keines derselben Symptome zeigte,



wurden vier beseitigt. Sechs Monate nach der Impfung zeigte das eine der beiden übrig gebliebenen Kaninchen grosse Plaques an den Füssen und ging drei Tage später in Folge Ueberfressens zu Grunde. An den vorderen sowohl als an den Hinterfüssen findet sich, entsprechend der Plantarfläche derselben, an den Metacarpal-Gelenken der vorderen und den Fibiotarsal-Gelenken der hinteren Extremitäten eine Schwellung der Haut von rundlicher Form und der Grösse eines 5 Centimes-Stückes. Die Peripherie dieser Plaques ist derb, elastisch, infiltrirt, das Centrum erweicht, zeigt an mehreren Stellen Geschwüre mit unregelmässig nekrotischen Rändern, speckigem Grund, die stellenweise das Periost durchsetzen und bis auf den Knochen dringen. Die Axillar-, Submaxillar- und Inguinal-Drüsen bedeutend vergrössert. Der Knochen unter den oben angegebenen Plaques rauh, das Periost unkenntlich. Die mikroskopische Untersuchung ergibt, dass die Plaques aus zellenreichem Bindegewebe gebildet sind, das gegen die Geschwüre zu in einen amorphen Detritus übergeht. Das Periost ebenso kleinzellig infiltrirt, die benachbarten Theile des Knochens porös, die Havers'schen Kanäle erweitert, die Gefässe derselben verbreitert, die Umgebung kleinzellig infiltrirt, das Knochenmark roth, aus embryonalen und Blutkörperchen gebildet, ohne Fettzellen, von einer endostealen entzündlichen Exsudatmembran eingeschlossen. In der Leber die Gallengänge verdickt, um dieselben und um die sie begleitenden Gefässe kleinzellige Infiltrate. In den Lymphdrüsen Veränderungen, die denen bei Syphilis analog sind. — Der Verf. bespricht die Diagnose der erwähnten Veränderungen, wobei es sich um Syphilis, Tuberculose, Scrophulose, Lupus handeln könnte, hebt hervor, dass Untersuchungen nach Koch's und Ehrlich's Methode keine Bacillen nachweisen liessen, und kommt zum Schlusse, dass es sich um syphilitische Veränderungen, Gummata, verkäsende Periostitis, fungöse Ostitis und Osteomyelitis und syphilitische Erkrankung der Leber und der Lymphdrüsen gehandelt habe.

Finger.

Neumann. Ueber Reinfectio syphilitica. (Wr. med. Wochenschr. Nr. 5. 1884.)

N. verweist auf eine Zahl von Fällen seiner Klinik, bei denen es einige Jahre nach überstandener zweifelloser Syphilis zur Bildung von harten Geschwüren kam, und an welchen doch trotz der indifferenten Behandlung und des viermonatlichen Bestandes der Indu-



ration keine constitutionellen Syphilissymptome sich entwickelt haben. N. hält es für plausibler, in solchen Fällen an der Beobachtung festzuhalten, dass weiche Geschwüre, welche auf syphilitischem Boden entstehen, knorpelartige Härte annehmen, in dieser Form wachsen und verheilen, und noch monatelang eine Induration zurücklassen. Dies hänge eben mit der anatomischen Beschaffenheit der männlichen Ruthe zusammen. Ein Geschwür mit harter Basis auf einem Syphilitischen beweise noch keine Reinfectio. Die letztere sei in der That ein höchst seltenes Vorkommniss. Damit ist aber nicht gesagt, dass die Syphilis unheilbar sei, da nach einer gewissen, wenn auch längeren Zeit, das Syphilisgift, welches so innig den Körperbestandtheilen adhärire, doch endlich ausgeschieden werde. Horovitz.

Schumacher II. Beitrag zum Zusammenhang von paroxysmaler Hämoglobinurie und Syphilis.

Sch. berichtet über einen Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie, der mit Syphilis in ätiologischem Zusammenhange steht. Bei seinem Patienten traten $1\frac{1}{2}$ Jahre nach einer syphilitischen Infection Anfälle von Hämoglobinurie auf, die sich nie ohne vorherige Kälteeinwirkung einstellten, in den Sommermonaten schwanden und mit dem Eintreten der kälteren Jahreszeit wiederkehrten. Nachdem dieses Leiden über 1 Jahr bestanden hatte, trat Pat. in Sch.'s Behandlung. Von Lues waren ausser einem verheilten Geschwür am Gaumen keine Zeichen nachweisbar. Sch. wendete eine energische Mercurialbehandlung an und constatirte vom 22. Kurtage an ein völliges Verschwinden der Anfälle; bis jetzt (mehr als 1 Jahr seit dieser Zeit) ist Pat. vollständig gesund geblieben.

Aus diesem Fall ergibt sich nach dem Vf. die Nothwendigkeit, bei paroxysmaler Hämoglobinurie in allen Fällen nach dem etwaigen früheren Vorhandensein von Lues zu forschen, und bei Auffinden dieses Factums selbst bei zeitlichem Fehlen weiterer Syphiliserscheinungen eine energische antisyphilitische Behandlung, wo möglich eine Einreibungskur einzuleiten.

Yeo. Syphilitisches Fieber. Clinic. Soc. of London, Sitzung vom 8. Febr. 1884. (Brit. med. Journ. 16. Febr. 1884.)

Ein Patient wurde mit hochgradigem, intermittirendem Fieber ins Hospital aufgenommen, seine Temperaturen schwankten zwischen 40



und 41·2° C., er klagte über heftige Schmerzen in den Gliedern, Kopfschmerz, Abgeschlagenheit, magerte bedeutend ab. Das Fieber hielt durch drei Wochen an und schwankte zwischen 5—6°. Drei Wochen nach dem Eintritt erschienen pustulöse Efflorescenzen am Stamme und Rücken, Pat. gesteht die Infection zu und antiluetische Therapie bringt Heilung. Die interessanten Punkte dieses Falles sind nach dem Verf.: 1. Die continuirlich hohen Temperaturen; 2. das Auftreten des Fiebers drei Wochen vor der Eruption; 3. das Fehlen des Zusammenhanges zwischen der Eruption und dem Fieber, da erstere drei Wochen nach Bestand des letzteren auftrat. Finger.

Landerer. Einige Mittheilungen von syphilit. Gelenksaffectionen. (Archiv f. klin. Chirurg. XXX, 1. Heft, 1884.)

Die Schwierigkeit in der Diagnose wird durch die geringgradigen oder wenig charakteristischen Veränderungen der afficirten Gelenke bedingt; so dass man es entweder nur mit einer Neurose oder mit einer Hydrarthrose zu thun zu haben glaubt. Für Syphilis (Gummen) der Kapsel oder der Epiphysen spricht die grosse, zumeist in der Nacht auftretende Schmerzhaftigkeit, verbunden mit einer Spannung der Gelenke.

Ziehl. Zur Casuistik seltener Formen von Syphilis. (Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 27. 1884.)

I. Pemphigus syphiliticus. Eine 29jährige, stets gesunde Bauernfrau, an einen gesunden Mann verheiratet, gebar 4 gesunde Kinder. Kein Abortus. Am 28. August zeigte sie Geschwüre im Munde, auf den Lippen und Rachen. Dies Leiden bestand angeblich seit Anfang des laufenden Jahres. Zwei kleine umschriebene braunrothe Papeln in der Ellbogenbeuge, am Nabel zwei kleine Geschwüre, am übrigen Stamme pigmentirte Narben. Trotz antisyphilitischer Kur (Ricord'sche Pillen) kam es zum Auftreten immer neuer Papeln, während die älteren zerfielen und deren Grund wucherte. (S. vegetans.) Die am Nabel befindlichen Geschwüre wurden durch peripheres Wachsthum über handtellergross. Anfangs October traten an Stelle der Papeln und Knötchen rothe Flecken auf, aus denen Eiterblasen von Erbsen- bis Bohnen-, ja Hühnereigrösse wurden. Fast keine Region des Körpers mit Ausnahme der Handteller und Fusssohlen blieb verschont. Ende October war ein Drittel der Körperober-

fläche der Epidermis beraubt. Jede Therapie blieb erfolglos; nur permanente warme Bäder machten den Zustand einigermassen erträglich. Am 2. November erfolgte unter Erschöpfung der Tod. Dass es sich hier um das Auftreten eines Pemphigus syphiliticus handelt, zweifelt Ziehl nicht. Die Entwicklung beweise, dass Syphilis das ätiologische Moment des Pemphigus gewesen sei.

II. Syphilis maligna. Ziehl erwähnt 4 Fälle, die sich durch ihren raschen und abnormen Verlauf (S. anomale der Franzosen) auszeichnen. Der Ausdruck galoppirende Syphilis könnte zu Missverständnissen führen, der Ausdruck maligne Syphilis aber entspreche insoferne nicht vollkommen, als diese Formen das Leben durchaus nicht gefährden und nicht als schwere Syphilis auftreten (S. gravis) müssen.

Die 4 Fälle Ziehl's zeigen einmal zwei Monate, zweimal drei Monate und einmal ein halbes Jahr nach acquirirtem Primäraffect die Zeichen der Allgemeininfection. Diese bestanden in allen vier Fällen in Geschwüren, die zum Theile aus Pusteln hervorgingen, ohne dass ein Exanthem vorausgegangen wäre. Was die Bedingungen betrifft, unter welchen eine solche maligne Form der Syphilis auftritt, so sucht man dieselbe entweder in dem vorgerückten Alter des Patienten (Holm); diese 4 Fälle waren alle in den zwanziger Jahren. oder in der geschwächten Constitution der Patienten (Tuberculose, Alkoholismus), endlich in der besonderen Bösartigkeit des Primäraffectes. In diesen obgenannten 4 Fällen hat der Primäraffect nichts Abnormes dargeboten. Ziehl hielt es demnach für verfrüht, auszusagen, dass die maligne Syphilis nicht von einem bösartigen Virus herrühre, und glaubt, dass bei dem gegenwärtigen Stande der Kenntnisse eine Entscheidung hierüber unmöglich sei. Was die Therapie anbelangt, so versucht Ziehl in allen Fällen von maligner Syphilis Quecksilber nebst localer Behandlung und erst bei negativem Erfolge würde er Jodkali der Schmierkur substituiren; roborirend verfährt Ziehl bei durch die Syphilis sehr heruntergekommenen Patienten.

III. Ein Fall von Gehirnsyphilis im Beginne des secundären Stadiums. Ein junger Mann von 25 Jahren inficirte sich im Beginne des Jahres 1883. — Mitte Mai, breite Condylome am Penis, Scrotum und After (Schmierkur 3·0 pro die, local Calomel). Nach 20 Inunctionen verschwanden die Condylome. Am 28. Juli traten klonische Krämpfe im Biceps und Quadriceps fem. auf, Parese der unteren Aeste der Facialis, Parese des rechten Hypoglossus und



der rechten Hälfte des Gaumensegels. Sensorium unbenommen. All diesen Erscheinungen gingen Paraesthesien voraus. Es traten nun noch Aphasie bei erhaltenem Verständniss und Agraphie auf. Deutliche Hemiparese der rechten Körperhälfte, die sich zu einer Hemiplegie steigerte. Verstärkte Schmierkur 5·0 täglich und Jodkali 3·0. Am 1. September wurde Patient entlassen. Es bestand noch geringe Parese der rechten Zungenhälfte, Schwäche der Extremitäten; die Lähmung des Facialis war zurückgegangen. Als Grund für die Lähmung nimmt Ziehl Arterienverschluss in Folge syphilitischer Erkrankung der linken Arteria fossae Sylvii an. Wegen des frühen Auftretens der Gehirnerkrankung gehöre dieser Fall den malignen Formen der Syphilis an. Die Schmierkur hatte in Ziehl's Falle das Auftreten der Hemiplegie nicht verhindert, während sie die Condylome zum Schwunde brachte. Ziehl glaubte daher, dass der glückliche Ausgang dem Jodkali (3·0) zuzuschreiben sei.

IV. Syphilis unter dem Bilde des acuten Gelenksrheumatismus. Ziehl führt 2 Fälle an, in denen die Patienten wegen schmerzhafter Gelenksaffection längere Zeit bis zum Auffinden breiter Condylome an den Genitalien fruchtlos mit Natrium salicylicum (0·5 zweistündlich) behandelt wurden, und wo durch die dann geänderte Therapie (Jodkali 3·0 pro die) in kurzer Zeit sowohl Schmerzhaftigkeit als Erguss zum Schwinden gebracht wurden. Die Wirkung des Jodkali hält Ziehl für den besten Beweis für die Richtigkeit der Diagnose, dass es sich um eine syphilitische Gelenksaffection handelte. Die Condylome seien als Primäraffecte und das mit der Gelenkserkrankung einhergegangene Fieber, sowie die Drüsenschwellung als Zeichen der beginnenden Allgemeininfection zu deuten.

Bei Fehlen des Exanthems hält Verf. die Erfolglosigkeit der Salicylbehandlung, sowie das Vorhandensein von Drüsenschwellung für diagnostische Wegweiser.

Chambard. Ein Fall (spät auftretender) tertiärer Syphilis. (Annal. de Dermat. et syphil. Nr. 1. 1884.)

Acht Jahre nach dem Ablaufe des Primäraffectes und der ersten Erscheinungen der constitutionellen Lues erlitt ein etwa 30 Jahre alter Mann einen Hufschlag gegen die Aussenseite des linken Oberschenkels. An der vom Trauma getroffenen Stelle kam es zur Bil-



dung eines torpiden Geschwüres, welches einer jeden Therapie trotzte und erst, nachdem der Patient sein Domicil (Buenos-Ayres) verlassen hatte, um in Paris Hilfe zu suchen, kam das Geschwür zur Verheilung, wo Jodkalium und local Jodoform angewendet wurde.

Horovitz.

C. Pellizzari. Zungengummata drei und vierzig Jahre nach der Infection. (Giornale ital. delle malatt. vener. e della pelle. XIX., 1. S. 36. 1884.)

Am 15. Novbr. 1883 suchte ein kräftiger, 65 Jahre alter Mann, den Autor auf. Er war stets gesund gewesen, hatte nur im Jahre 1840 ein Geschwür am Penis, das von Knochenschmerzen und Ausfall der Haare gefolgt war, sowie sich Roseola und Papeln am Munde hinzugesellten. Behandlung mit Jod und Quecksilber brachte in sechs Wochen Heilung. Seither gesund, heiratete er 1855 und hat mit seiner Frau, die stets gesund blieb, vier kräftige Söhne. Vor einem Monate entwickelten sich am Rande und der Spitze der Zunge Knoten, die erweichten und sich in Geschwüre umwandelten. Kleine Dosen Sublimat und Jodkali brachten nach einer Woche Besserung, nach vier Wochen Heilung. P. weist auf das späte Auftreten der Erscheinungen, sowie auf die geringen Dosen, 0·15 Sublimat und 30·0 Jodkali hin, die Heilung brachten.

Norman. Syphilitische Ulceration des Ileum. (Pathol. Soc. of London; Sitzung v. 1. April 1884. — Brit. med. Journ. 5. April, Nr. 1214, S. 668. 1884.)

Norman zeigte in der P. S. in London die Schädeldecken und das Ileum eines Weibes mit syphilitischen Veränderungen. An den Schädeldecken finden sich Gummata und Verwachsungen der Haut mit dem Periost. In dem Ileum eine grosse Menge von verdickten Stellen, manche derselben exulcerirt, manche ältere narbig, mit Schrumpfung und Stenosirung und dadurch bedingter Dilatation und Stauung von Fäcalmassen oberhalb derselben, manche frisch aus jungem Narbengewebe gebildet. Die Mesenterialdrüsen nicht geschwellt, die Leber ist verkleinert, zeigt Narben und ein frisches Gumma. Die Nieren klein und granulirt, ohne Narben. In beiden Ohrtrompeten Eiter, keine Amyloiddegeneration nachweisbar.

Finger.



Suttina. Zur Kenntniss der Skerljevo. Elephantiasis pudendorum Skerljevitica (Wr. Med. Presse Nr. 1, 5 und 13. 1884.)

Bei einer bis dahin angeblich gesunden Frau von 34 Jahren, die an einen angeblich gesunden Mann verheiratet war, brach angeblich Skerljevo hervor, nachdem das Ehepaar in ein von diesem Uebel durchseuchtes Dorf im Bezirke Dernis (Dalmatien) übersiedelt war. Knotenbildung und darauf folgender Zerfall zu Geschwüren an verschiedenen Stellen des Körpers, angeblich zuerst in beiden Oberclaviculargegenden sollen die Krankheit eingeleitet haben. Elephantiatische Verdickung der unteren Extremitäten und der grossen Schamlippen. Jodkali innerlich, Chlorkalklösung und Jodoformsalbe wurden local applicirt. Nach einem Jahre Amputation der Labien. (Der Wortlaut des Berichtes des Vf. über den histologischen Befund an den excidirten Gewebs-Partien ist folgender: „Die Elemente der Haut und des Unterhautzellgewebes in vergrössertem Massstabe" (! Ref.) — Suttina hat Erkrankungen der inneren Organe bei „Skerljevo" nie beobachtet, wohl aber Zerstörungen der Nase, des Larynx, des Mastdarmes und der allgemeinen Hautdecke. Horovitz.

Breda. Spontanfractur der linken Clavicula in Folge von Syphilis. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 2. 1884.)

Eine 57jährige Wäscherin, kräftig gebaut, seit 10 Jahren verheiratet, Mutter von 6 Kindern, von denen 4 im zarten Alter starben, 2 gesund sind, die nie an Syphilis gelitten haben will, bemerkte Ende 1884 in der rechten Infraclaviculargegend eine Geschwulst, die sich von selbst öffnete und sie bewog, im Hospital Hilfe zu suchen. Während des Aufenthaltes daselbst und localer Behandlung entwickelte sich eine Anschwellung der zweiten linken Rippe, nächtliche Kopfschmerzen, Schmerz in der linken Clavicula. Oertliche Behandlung. Am 22. April 1883, beim Heben eines mit Wasser gefüllten Eimers, fühlt Pat. Schmerz und Krachen in der linken Clavicula. Diese bricht. Die Bruchenden erscheinen leicht aufgetrieben. Fixirung der beiden Schultern, Jodkali 2·0 pro die bringen in 7 Wochen Heilung. Finger.

Poulet. Syphilis der Schädelknochen. (Bull. et mém. de la soc. de Paris T. X. pag. 617.)

Die syphilitische Ostitis ist stets durch unregelmässige Ober-



fläche und eine Menge kleiner Lücken, die mit zackigen, wie ausgenagten verdickten Rändern versehen sind, charakterisirt. Dadurch, dass die Substanzverluste von dichtem, elfenbeinartig consistentem Gewebe begrenzt sind, gewinnt der Knochen an Substanz und zeigt ein erhöhtes Eigengewicht. Mit Rücksicht darauf, dass der Process von der Oberfläche gegen die Tiefe vordringt, nimmt der Substanzverlust auch entsprechende Dimensionen an, so zwar, dass seine Basis immer weiter und breiter wird. Horovitz.

P. Pellizzari. Grave sifilide delle ossa. Frattura spontanea. (Bolletino della società tra i cultori delle Scienze mediche in Siena. II. 1884.)

M. G. wurde am 16. April 1874 an der Klinik für Syphilis in Florenz aufgenommen. Sie ist Mutter von 10 Kindern, von denen nur vier leben, während die anderen sehr frühzeitig starben, darunter ein Knabe, der als letzter mit deutlichen Syphiliserscheinungen zur Welt kam. An der M. G. selbst findet man in Gruppen stehende Tuberkel, viele Narben an der Haut, Auftreibung der Tibien. Jod und Quecksilber bringen Heilung und wird die M. G. am 2. Juni 1874 entlassen. 1877. Gummen in der Nase mit Abgang von Knochenstücken bald darauf Anschwellung der Kniegelenke. 1880 spindelförmige, intensiv schmerzhafte Anschwellung des linken Oberarmes, die Oberfläche des Knochens selbst erscheint gleichförmig aufgetrieben, so dass man auf die Vermuthung kommen musste, es handle sich nicht um periosteale, sondern um centrale Veränderungen. Im December 1880, während die M. G. mit der kranken linken Hand mit einem Holzlöffel Polenta rührte, kam es zu Bruch des linken Oberarmes, zwischen oberem und mittlerem Dritttheil. Es wurde ein starrer Verband angelegt und am 10. Februar 1881 erschien die Fractur mit sehr reinlichem Callus consolidirt. Da Pat. noch immer über Schmerz klagte, wurde der Verband nicht erneuert, dagegen Jod gereicht. Einige Wochen später stürzt Pat. über einige Stufen und bricht sich denselben Arm wieder an derselben Stelle. Neuerlicher starrer Verband bringt in zwei Monaten Heilung, doch die Erkrankung des Knochensystems dauert fort und bis 1884 sind an beiden Tibien, dem linken Oberschenkel, der linken Schulter am Ellenbogen neuerliche Periostitiden und Tophenbildung aufgetreten, während alle übrigen Systeme unberührt bleiben. Finger.



Lancereaux. Ueber Hirnsyphilis (Gazette hebdomad. Paris, 1882.)

L. protestirt auf das energischeste gegen die heute herrschende Neigung, jeder diffusen Erkrankung des Nervensystems Syphilis als ätiologisches Moment unterzuschieben. — Die pathologische Anatomie lehre im Gegentheil, dass die Syphilis nur Herderkrankungen hervorbringt und zwar durch Affection der aus dem mittleren Keimblatt stammenden Bestandtheile des Nervensystems, der Membranen, Gefässe und Neuroglia.

L. verwirft es auch, klinische Formen der Syphilis des Nervensystems aufzustellen und bespricht als anatomische Formen derselben die syphilitische Meningitis, Arteriitis und Encephalitis. Die Diagnose dieser Erkrankungen wird jedesmal unterstützt durch den Nachweis der specifischen Infection, die schleichend progressive Entwicklung und in der Regel durch das Alter der Erkrankten. L. bringt vierzehn eigene Beobachtungen von Syphilis des Nervensystems, sechs mit anatomischer Untersuchung. v. Zeissl.

Carmelo Andronico. Klinische Fälle von Gehirnsyphilis. (Giorn. internaz. delle Scienze medich. V. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1884.)

Wiewohl die Symptome der Gehirnsyphilis mit denen aller encephalischen Processe nicht syphilitischer Natur gleich sind, so besitzt doch die syphilitische Gehirnerkrankung ein Symptom, das mit der Syphilis zusammenhängt und nie fehlt, es ist das der intensive, Nachts zunehmende Kopfschmerz. Weiters pflegt die syphilitische Hemiplegie oder Apoplexie ohne Verlust des Bewusstseins aufzutreten, mit Lähmung des Gesichts und der Augenmuskeln einherzugehen, Individuen in jüngeren Jahren zu treffen.

In unklaren Fällen gibt die Behandlung Aufschluss. Es folgen nun drei Krankengeschichten:

1. N. N., 38 Jahre alt, kräftig, wurde 16. Nov. 1880 wegen nächtlich zunehmender Kopfschmerzen im Spital aufgenommen. Bald darauf stellte sich Lähmung des M. levator palpebrae sup. rechts, rechtsseitige Parese der oberen Extremität, Schwindel, Gedächtnissschwäche ein. Die Pupille des rechten Auges erweitert. Am Genitale eine Narbe, Drüsenschwellungen, Injectionen von Sublimat, Einreibungen grauer Salbe, 6·0 Jodkali pro die brachten nach 4 Monaten



Heilung. Die Diagnose wurde auf Circulationsstörung und Entzündung gestellt, gummöse Neubildung ausgeschlossen, da diese mit viel schwereren und ausgesprocheneren Symptomen einhergeht, oft jeder Behandlung trotzt, meist letal endigt.

Fall 2, der dieselben Erscheinungen wie Fall 1 und auf gummöser Basis darstellt, und trotz Behandlung nach 15 Monaten letal ausgeht, illustrirt das Gesagte.

Fall 3. Behandelt ein Weib, das vor 3 Jahren an secundären Erscheinungen litt und eine Parese der linken, unteren Extremität bei intacter Sensibilität darbietet. — Einreibungen und Jodkali bringen Heilung. Finger.

L. Putzel. Syphilis des Central-Nervensystems. (The medical Record New-York. 26. April 1884.)

Nach einigen Bemerkungen über Symptomatologie, Aetiologie, und Therapie der Syphilis des Central-Nervensystems, von welchen wir erwähnen wollen, dass P. die von einzelnen Autoren behaupteten ätiologischen Beziehungen zwischen Syphilis und locomot. Ataxie leugnet, werden 4 Fälle von Gehirn- und je 1 Fall von bulbärer und spinaler Syphilis ausführlich erzählt. v. Zeissl.

Christian. Sehstörungen wahrscheinlich syphilitischer Natur bei progressiver Paralyse. (Union méd. Nr. 54, 1884. — Ctlbl. f. kl. Med. Nr. 26, 1884.)

Verf. beobachtete bei 3 Fällen von progressiver Paralyse Störungen in der Innervation der Augenmuskeln. Im ersten trat ein Jahr vor dem Erscheinen von Sprachstörungen, 5 Jahre vor dem Tode eine Lähmung des linken Abducens auf, die aller Behandlung (auch einer antisyphilitischen Cur) zum Trotz bis zum Tode bestehen blieb; die Section konnte nicht gemacht werden. Der zweite Pat. litt an Ptosis und Abducenslähmung links, die 6 Monate vor dem Eintritt psychischer Störungen begann. Unter der Behandlung mit Jodkali verschwanden die Störungen des Auges, während die Paralyse unbeeinflusst weiter fortschreitet. Im dritten Fall handelt es sich um eine Lähmung des Rectus internus des linken Auges, die gleichzeitig mit den Zeichen der geistigen Erkrankung sich zeigte und ohne Behandlung verschwand, während diese allmählich den Charakter der Paralyse annahm.



Der Charakter und Verlauf der Augenstörungen lässt den Verf. annehmen, dass sie syphilitischer Natur waren — die Anamnese ergab bei allen drei Fällen sicher, resp. wahrscheinlich vorangegangene Lues. Die Paralyse dagegen hält er nicht für syphilitischer Natur, sowohl weil sie von der Therapie nicht beeinflusst wurde, als auch weil seiner Ansicht nach die Lues cerebralis niemals als wahre Paralyse auftritt. Das Zusammentreffen beider Affectionen würde demnach hier mehr ein zufälliges sein.

Déjerine. Acute centrale Myelitis in der Frühepoche der Syphilis. (Revue de médecine Nr. 1, 1884.)

D. berichtet über zwei Fälle, in welchen bei Syphilitischen ein Jahr nach der Affection eine acute centrale Myelitis in typischer Entwicklung auftrat, welche in kürzester Zeit zum Tode führte. Weder die klinischen Symptome, noch der pathologische Befund boten etwas für Syphilis Charakteristisches.

Doch möchte D. bei der Seltenheit der acuten Myelitis überhaupt an dem ätiologischen Zusammenhange mit der specifischen Infection festhalten. Im ersten Falle zeigten sich übrigens die ersten nervösen Symptome (Blasenschwäche, Parese der Beine, blitzartige Schmerzen) schon 5 Monate nach der Infection, die vollständige Lähmung trat 7 Monate später plötzlich nach einer intensiven Kälte- und Nässeeinwirkung auf. Im zweiten Falle war ein solches näheres ätiologisches Moment nicht nachweisbar, der Kranke war aber ohne antiluetische Behandlung geblieben. Freud — Wien.

Möbius. Neue Fälle von Tabes bei Weibern. (Centralbl. f. Nervenheilk. Leipzig. VII. 1884.)

M. veröffentlicht 13 weitere Fälle (siehe diese Vierteljahrschr. pag. 195 u. 196, 1884) von Tabes bei Weibern, bei denen sich ein Zusammenhang mit Syphilis constatiren lässt.

Alle Kranken hatten geschlechtlichen Verkehr gehabt, bei den meisten liessen sich Zeichen einer abgelaufenen Syphilis nachweisen, bei fast Allen waren Umstände vorhanden, welche eine frühere Infection wahrscheinlich machten. M. stellt auch den Vorgang der sog. Syphilisation als mögliche Infectionsquelle hin. Bei Jungfrauen ist Tabes noch nicht beobachtet worden. Schwere Fälle von Syphilis waren bei keiner der Kranken vorgekommen, tertiäre Symptome (ausser



in 2 Fällen) niemals nachweisbar. Es hat den Anschein, als ob leichte Formen von Syphilis, bei denen allerdings oft die Behandlung eine ungenügende ist, relativ häufiger zu späterer Tabes und progressiver Paralyse führten, als schwere Formen.

Im Beginn der Tabes waren die Kranken im Mittel 32 Jahre (21—43 Jahre) alt.

Das Intervall zwischen Infection und Beginn der Tabes, das sich bei 12 Weibern annähernd bestimmen liess, betrug im Mittel 7 Jahre.

Hilfs- und Gelegenheitsursachen der Tabes waren bei einer Anzahl der Kranken nicht nachweisbar; bei den Uebrigen waren sie am häufigsten in puerperalen Vorgängen, vor Allem in starker Blutung zu suchen, oder es konnten Erkältungen, Gemüthsbewegungen, neuropathische Anlage dafür gelten. In einem Falle trat nach Ergotin-Injectionen eine bedeutende Verschlimmerung ein.

Eulenburg. Beiträge zur Aetiologie und Therapie der Tabes dorsalis, namentlich über deren Beziehungen zur Syphilis. (Virchow's Archiv, Bd. 99, Heft 1. 1885.)

Aus 125 Fällen neuerdings (von Anfang 1880 bis Mitte 1884) beobachteter unzweifelhafter Tabes zieht E. folgende Schlüsse in Bezug auf die vielumstrittene Frage nach dem syphilitischen Ursprunge der Tabes:

1. Es gibt einen absolut und relativ ziemlich grossen Percentsatz Tabetischer, die früher syphilitisch gewesen sind; deren Zahl ist beträchtlich grösser, als man bis vor wenigen Jahren fast allgemein annahm.

2. In welchem Verhältniss die Syphilis zur nachfolgenden Tabes steht, ist ungewiss; vermuthlich wirkt sie meist nur als ein depotenzirendes oder disponirendes Moment, gleich mehreren anderen Agentien (Heredität, schwere Gemüthsbewegungen, Krankheiten u. s. w.); vielleicht ist in einer Reihe von Fällen die Syphilis auch directe Ursache der Tabes. Jedenfalls ist sie nicht als alleinige, vielleicht nicht einmal die häufigste und wichtigste Ursache der Tabes zu betrachten.

3. Diejenigen Tabesfälle, in denen Syphilis vorausging, bieten keine constanten und charakteristischen Symptome und überhaupt in ihrem Verlaufe nichts dar, was sie von anderen nichtsyphilitischen Tabesfällen bestimmt unterscheidet.



4. Auch prognostisch und therapeutisch zeigen beide Kategorien von Fällen keine wesentlichen und charakteristischen Unterschiede. Speciell können Tabesfälle mit luetischen Antecedention unter Umständen sowohl mit wie ohne antisyphilitische Behandlung gebessert, vielleicht sogar geheilt werden, während in der Regel die specifische Behandlung gar keinen oder nur verschwindend geringen Erfolg zeigt.

Caspary.

Rumpf. Zur Tabes-Luesfrage. (Deutsche medicin. Wochenschrift Nr. 15. 1884.)

Entgegen dem Ausspruche Lewin's, dass die Quecksilberkur bei Tabes ex Lue nicht nur nichts nütze, sondern sogar schade, behauptet Rumpf, er habe von einem typischen Fall von Tabes, der unter einer antisyphilitischen Kur (85 Einreibungen) total wieder hergestellt wurde, vernommen; der frühere Tabiker functionire jetzt seit Jahren als Locomotivführer. Rachen-, Mund- und specifische Affection um den After compliciren die Tabes nicht selten. Rumpf selbst behandle jede Tabes mit luetischer Vorgeschichte antiluetisch und habe wohl Besserung, nie irgend einen Schaden wahrgenommen.

Wenn ferner Lewin die geringe Zahl (5 von 800) von Patienten, die nach constatirter und sorgfältig behandelter Lues in späterer Zeit auf die Nervenabtheilung kommen, ins Feld führt, so müsse man bedenken, dass schon Fournier und R. gezeigt haben, dass in sämmtlichen Fällen von Tabes mit luetischer Vorgeschichte die Behandlung der Syphilis eine unzulängliche gewesen sei. Horovitz.

Porter. Syphilitische Paraplegie. (Sheffield med. chir. Soc. Stzg. v. 6. März 1884. Brit. med. Journ. Nr. 1216, S. 721, 12. Ap. 1884.)

Der Pat. bot Symptome dar, welche für eine Erkrankung der Vorderstränge des Rückenmarks in der Höhe des zweiten Lumbarwirbels und Druck auf die hinteren Wurzeln sprachen.

Das Aussehen und die Vergangenheit, die Reste früherer Affecte sprachen dafür, dass Pat. an Syphilis gelitten hat. Unter grossen Dosen Jodkali machte er rasch Fortschritte und war in weniger als einem Monat geheilt. Der Verf. bespricht im Anschluss die bisher bekannten Fälle luetischer Erkrankung des Rückenmarks, theilt dieselben in zwei Gruppen, in die diffusen, die grössere Strecken des Rückenmarks heimsuchen und die circumscripten gummösen.

Die Syphilis scheine eine gewisse Vorliebe für die vorderen motorischen Wurzeln des Rückenmarks zu haben und lasse die Sensibilität meist intact, wie auch die Reflexbewegungen. Dieses Erhaltensein der Reflexbewegungen bei vollständiger Paraplegie sei ein Fingerzeig und differential-diagnostisches Merkmal zwischen Tumoren, die von den Meningen und solchen, die vom Rückenmark ausgehen.

Finger.

Ueber congenitale und Spätformen der Syphilis.

v. Zeissl. Ein neuer Fall von Infectio in utero. (Wiener med. Presse Nr. 20. 1884.)

Die Zahl der constatirten Fälle von „Infectio in utero" vermehrt Zeissl durch die Bekanntgabe dieser Krankengeschichte. Ein ausserehelich inficirter Mann verkehrt nach Abheilung des Primäraffectes mit seiner in den ersten Schwangerschaftsmonaten stehenden Frau und inficirt dieselbe, wie dies Z. aus den Frühsymptomen, die an der Frau auftraten, erschloss. Trotz der eingeleiteten antiluetischen Kur kam das Kind mit Pemphigus syphiliticus an Handtellern und Fusssohlen und Papeln an den Lippen zur Welt. Das Kind starb im Alter von fünf Wochen.

Horovitz.

Lydston. Eine interessante Mittheilung über Infection einer Familie durch ein hereditär-syphilitisches Kind. (The med. Record New-York, 12. Jänner 1884.)

L. berichtet: Im Jahre 1876 heirathete ein gesundes Mädchen einen Mann, welcher, als die Frau sich im 6. Monate der Schwangerschaft befand, einen syphilitischen Primäraffect erwarb. Derselbe inficirte dann im 7. Schwangerschaftsmonate die Frau. Diese gebar am normalen Schwangerschaftsende ein Kind, das bis zu seinem 2. Lebensjahre gesund blieb und dann an Bronchitis capillaris starb. Wenige Wochen nach der Entbindung entwickelte sich an der Frau ein Syphilid und nahm unter entsprechender Behandlung einen normalen Verlauf. 7 Monate nach der ersten Entbindung wurde die Frau zum zweiten Male schwanger und gebar im achten Schwangerschaftsmonate ein Kind, das in der zweiten Lebenswoche unverkennbare Erscheinungen der Syphilis darbot und 3 Wochen alt starb. Während dieser Zeit war das Kind von der Grossmutter und Tante mütterlicher Seite



gepflegt und geliebkost worden. Nach weniger als einem Monate entwickelten sich an den Mundlippen der beiden Frauen syphilitische Primäraffecte, die in der entsprechenden Zeit von secundären Symptomen gefolgt waren. Die Grossmutter inficirte endlich auch ihren Gatten.

Nach der Geburt des syphilitischen Kindes kamen noch mehrere gesunde Kinder zur Welt, da die Mutter energisch behandelt worden war. Ihre Mutter und Schwester litten an mehr oder minder ausgesprochenen Erscheinungen der Syphilis und sind derzeit mit milden tertiären Erscheinungen behaftet. Die Syphilis ihres Vaters hatte einen sehr milden Verlauf genommen. v. Zeissl.

Mansell-Moullin. Einige Formen von Ostitis bei hereditärer Syphilis. (Brit. med. Journ. 12. Jänner 1884.)

Die von Wegner und Parrot beschriebenen Erkrankungen der Knochen sind auf die ersten Lebensmonate beschränkt, die in späteren Perioden auftretenden Veränderungen theilt Verf. in 3 Gruppen:

1. Zurückbleiben des Knochenwachsthums, in Folge frühzeitiger Ossification der Epiphysenlinie als Folge von Chondritis interepiphysaria.

2. Gummata. Diese kommen theils einzeln, theils multipel in mehreren Knochen vor, sitzen im Knochen, Periost, den Weichtheilen, von welchen beiden letzteren sie sich auf den Knochen fortsetzen können und sind nicht selten die einzigen Erscheinungen der Syphilis.

3. Chronische Erkrankung der Tibien, seltener anderer langer Röhrenknochen unter Form einer lentescirend verlaufenden Ostitis, die zu charakteristischen Deformationen führt und so charakteristisch ist, wie die interstitielle Keratitis oder Hutchinson'sche Zähne. Meist ist nur ein Theil des Knochens befallen, entweder das obere oder das untere Drittheil, seltener die ganze Länge. Das Volum des erkrankten Theiles nimmt ab und wird so eine säbelförmige Ausbuchtung des Theiles bedingt. Ist das untere Drittheil erkrankt, so kommt es durch Miterkrankung der Epiphysenlinie zu rascherem Wachsthum und zu Verlängerung des kranken Knochens. Tritt die Veränderung zeitlich auf, so ist sie bilateral, wenn spät, meist nur unilateral. Subjective Symptome gering, meist nur wenig intensive nächtliche Knochenschmerzen. Nicht selten kommt es gleichzeitig zu gummöser Erkrankung der Weichtheile über den Tibien, Ulceration, Bloslegung der

Knochen, Bildung tiefer Narben. In allen ihm bekannten Fällen fanden sich auch andere Veränderungen syphilitischer Natur. Gegen antiluetische Behandlung ist diese Form renitent und hat Tendenz zu Recidiven. Finger.

Heusinger. Zur Syphilis hereditaria tarda. (Deutsche medicinische Wochenschrift X. pag. 148, 1884.)

H. erwähnt eines Falles aus seiner Praxis, der in doppelter Hinsicht von Interesse ist; erstens zeigt derselbe, dass die Mutter eines hereditär syphilitischen Kindes gesund sein und bleiben kann, zweitens wegen der erst im späteren Lebensalter des Kindes aufgetretenen Zeichen von hereditärer Syphilis. An den gesunden Eltern des Kindes sowie an den übrigen 4 Geschwistern sind absolut keine Zeichen von Syphilis nachweisbar. Nur ein 12jähriges Mädchen, das bis zu seinem 7. Lebensjahr sich gut entwickelte, zeigte plötzlich eine bedeutende Auftreibung der r. Tibia, Anschwellung der Nacken-, Leisten- und übrigen Drüsen, keine Roseola.

Nach in Anwendung gebrachter Schmierkur schwanden die erwähnten Erscheinungen.

Nach zweijährigem Wohlbefinden kamen Rachenerscheinungen sowie totale Heiserkeit (Anschwellung und Verdickung der wahren Stimmbänder) zum Vorschein; auch diese Erscheinungen schwanden auf Jodkali innerlich sowie locale Behandlung mit Jodglycerin etc. Aber immer wieder recidivirte die Heiserkeit, welche durch jede Erkältung zu totaler Athemnoth gesteigert wurde. Endlich musste eines Tages wegen Asphyxie die Tracheotomie vollzogen werden.

Dass man es hier mit Syphilis zu thun hat, schliesst H. aus den Erfolgen der Therapie. Die Frau des Grossvaters mütterlicherseits wurde von demselben inficirt, bekam Knochenauftreibungen, Defecte der Nase, des Rachens, Iritis gummosa, Condylome etc. und ging endlich elend zu Grunde. Horovitz.

Kepes. Ueber tardive Syphilis. (New-York Dermatological Society, 149. Sitzung. — Journ. of cutaneous and venereal diseases, pag. 12, 1885.)

K. stellte der Derm. Soc. in New York einen Fall von Gummen vor. Der Patient war 18 Jahre alt und immer gesund gewesen. Er hatte angeblich nie eine venerische Erkrankung, nie Keratitis über-



standen und zeigte keinerlei Einkerbung an den Zähnen. Ueber Syphilis in der Familie ist nichts bekannt. Zwei Jahre früher wurde ein Testikel des Kranken wegen eines Eiterungsprocesses des Organes entfernt. Zwei Monate bevor der Kranke zu K. kam, entwickelte sich ein Gumma an der linken Seite der Stirne und ein zweites nächst dem linken Auge. K. deutet den Fall als Gummata in Folge tardiver hereditärer Syphilis und leitete eine gemischte Behandlung ein.

v. Zeissl.

Zur Behandlung der Syphilis.

Monti. Ueber ältere und neuere Methoden der Behandlung der angebornen Lues. (Archiv für Kinderheilkunde. 6. Band. 1. Heft. 1884—85.)

Die älteste Methode der Behandlung ist nach Monti die Inunctionskur mit Unguent. Hydrargyr. cinereum. Dieses verursacht leicht Eczeme an der Haut, weshalb M. statt desselben die nach der Vorschrift von Leboeuf frisch bereitete Quecksilbersalbe empfiehlt. In neuerer Zeit verwenden mehrere Autoren auch das Quecksilberoleat zu Inunctionen, und zwar genügt für Neugeborene und Säuglinge von der Lösung nach Marshall die 5% Solution und von dem Präparate, nach Vajda und Nega bereitet, eine Tagesdosis von 0·50 — 1·00 Gr. Auch die Beyersdorf-Unna'schen Quecksilber-Pflastermulle wurden bei der Behandlung der Lues versucht und Chariot verwendete zu demselben Zwecke die Mercurseife, von welcher für Neugeborene und Säuglinge eine Dosis von 0·50—1·00 Gr. pro die zu bemessen sein dürfte.

Alle diese Inunctions-Methoden haben den Nachtheil, dass sie die zarte Haut der Neugeborenen und Säuglinge reizen und daher leicht zu Erythemen, Eczemen, Furunkeln, Pusteln etc. führen, und insbesondere ist es das Unguent. Hydrarg. ciner., welches am häufigsten zu Eczemen, Zellgewebsentzündungen und Furunkeln Anlass gibt.

Für die Kinderpraxis hält M. das Quecksilberoleat am geeignetsten, weil es die Haut verhältnissmässig am wenigsten reizt, wiewohl auch bei diesem Präparate Erytheme, leichte Eczeme und Blasenbildung an der Haut auftreten können.

M. anerkennt die prompte Wirkung der Inunctionskur, dennoch hat er diese Behandlungs-Methode bei den Neugebornen und



Säuglingen in den letzten Jahren nicht mehr angewendet, weil bei so kleinen Kindern durch die so rasche Zufuhr von Quecksilber leicht allgemeine Anämie acut auftrete, in Folge welcher plötzliche Todesfälle viel häufiger vorkommen, als dies bei anderen antisyphilitischen Behandlungs-Methoden der Fall sei. Zudem nehme das Körpergewicht der Patienten während der Inunctionskur nur ungenügend zu.

Zweckmässiger als eine Inunctionskur ist nach dem Vf. die Behandlung mit Calomel, welches man bis zum Verschwinden der luetischen Erscheinungen interne verabreicht und bei jeder Recidive neuerdings in Anwendung zieht. Während eines längeren Gebrauches dieses Mittels entwickelt sich in vielen Fällen ebenfalls eine allgemeine Anämie, daher M. das Calomel gerne in Verbindung mit Eisen nehmen lässt. Er bevorzugt hiefür das Ferrum lacticum in entsprechender Dosis, und bei Gehirnanämie verordnet er die Tinct. ferri chlorat. aether. Auf die Häufigkeit der Recidiven und Nachkrankheiten übt nach dem Vf. die Calomel-Behandlung keinen Einfluss, daher es bei der Lues congenita gewöhnlich nothwendig wird, dieses Mittel in verschiedenen Intervallen wiederholt anzuwenden. Will man innerhalb zwei Jahren eine definitive Heilung dieser Krankheit erzielen, so lässt man dem innerlichen Gebrauche des Calomel mit Eisen noch eine Behandlung mit Ferr. jodat. sacch. folgen, und zwar so lange, bis der Milztumor geschwunden ist und die Haut ihre normale gesunde Farbe wieder erlangt hat. Dabei macht auch die Ernährung der Kinder gute Fortschritte und von den Nachkrankheiten ist es nach M. speciell die Rhachitis, welche viel schwächer auftritt.

Die subcutanen Injectionen von Calomel hat Monti wegen der häufig vorkommenden Abscesse an den Injectionsstellen und wegen der langsamen Wirkung dieser Injectionen vollständig aufgegeben.

Der Sublimat ist eines der besten Mittel bei der Behandlung der Lues congenita. Der innerliche Gebrauch (0·01 auf 50·00 Colatur) dürfe aber nicht lange fortgesetzt werden, weil sonst im Magen Reizungserscheinungen auftreten. Besser sei die Anwendung desselben in Form von subcutanen Injectionen, welche jedoch auf jene Fälle beschränkt werden sollen, wo wegen einer Darmerkrankung kein Calomel gegeben werden darf, oder wo ein rasches Verschwinden drohender Erscheinungen dringend nothwendig ist.

Unter der Sublimat-Behandlung bessern sich sehr bald die krankhaften Erscheinungen an der allgemeinen Decke, an den Schleim-



häuten, an den Knochen und am Periost. Sublimatbäder wendet der Verf. nie allein, sondern stets nur in Verbindung mit der innerlichen Darreichung von Calomel an.

Das Quecksilber-Albuminat (nach Bamberger bereitet) ist bezüglich seiner Wirksamkeit gleichwerthig mit dem Sublimat, und wird wie dieses gewöhnlich zu subcutanen Injectionen verwendet. Nach M.'s Erfahrung verursache es weniger Schmerz und eine geringere Reaction als die Sublimat-Injection, vorausgesetzt, dass stets eine wasserklare Solution in Gebrauch kommt.

Das Quecksilber-Pepton leistet im Ganzen und Grossen dasselbe wie das Quecksilber-Albuminat, vor welchem es den Vortheil hat, dass die Pepton-Lösung sich längere Zeit hält, demungeachtet hat dieses Präparat keine weitere Verbreitung gefunden.

Das Quecksilber-Formamid hält M. für die Kinderpraxis nicht geeignet, weil die Injectionen damit schmerzhaft sind und weil zuweilen darnach Abscesse an den Einstichstellen entstehen.

Geeigneter für die Behandlung der Lues congenita scheint dem Vf. das Protojoduretum Hydrargyri, welches er vornehmlich in jenen Fällen anwendet, wo gleich im Beginne bedeutende Knochenaffectionen vorliegen. Die syphilitischen Symptome gehen dabei bald zurück. Die bei Neugebornen und Säuglingen häufig durch das Mittel bewirkten Reizungen der Darmschleimhaut sucht M. durch Combination mit Pulv. Doweri zu verhindern.

Das Hydrargyrum oxydulatum nigrum hat M. in einigen Fällen von Lues congenita verordnet, er kam aber bald zur Ueberzeugung, dass dasselbe häufig erbrochen und weniger gut als Calomel vertragen wird.

Das in neuerer Zeit empfohlene Hydrargyrum tannicum oxydulatum wurde von M. in 12 Fällen einer genauen Prüfung unterzogen. Das Medicament wurde gut vertragen. Die Erscheinungen der Lues schwanden sehr bald, und nur in einem Falle ist nach einer neunwöchentlichen Beobachtung eine Recidive in Form von Condylomen ad anum und an den Mundwinkeln aufgetreten.

Zum Schlusse bespricht M. seine Erfahrungen bei der Jodbehandlung, welche er nach zweierlei Methoden durchführt, und zwar gibt er entweder Jodkali intern und extern, oder aber er verordnet Ferrum jodatum sacch. in Pulverform. Seltener verschreibt er den

Syrup. ferr. jodat., der leicht Darmkatarrh erzeugt. Jodkali wirkt bei längerem Gebrauche auf den kindlichen Organismus nachtheilig ein. Viel zweckmässiger für die Behandlung der angebornen Lues hält M. das Ferrum jodat. sacch., dass selbst nach monatelangem Gebrauche niemals Erscheinungen des Jodismus erzeugt. Dabei schwinden die luetischen Erscheinungen, und nach einem mehrwöchentlichen Zeitraume nimmt die Ernährung der Kinder mit dem Besserwerden der Anämie zu. Banze.

Cooper. Ueber Natur und Behandlung der Syphilis. (Brit. med. Journ. 18. October 1884.)

Die Behandlung des primärsyphilitischen Geschwürs betreffend, spricht sich Cooper gegen die Excision und Zerstörung desselben a priori aus, da er die Induration als den localen Ausdruck der Allgemeininfection ansieht. Ebenso betrachtet er die Veränderung der Drüsen als das wichtigste Zeichen der einfach chancrösen oder syphilitischen Natur des Falles. Für die frühzeitige mercurielle Behandlung spricht sich C. aus, indem schon der Primäraffect das Zeichen der Allgemeininfection sei. Er reicht mit Vorliebe Mercur innerlich in der Form der blauen Pillen und lässt diese innerliche Behandlung durch je drei Monate mit darauffolgender dreimonatlicher Pause durch zwei Jahre fortsetzen. In keinem Falle gestattet er eine Ehe, bevor nicht Pat. nach einer solchen zweijährigen Behandlung ein Jahr symptomenlos zugebracht hat. Leichte Scrophulose sieht er nicht, wohl aber Tuberculose, Phagedän etc., als Contraindicationen mercurieller Therapie an. Die Einreibung verwirft er als unrein, unsicher, den Protojoduret als schwer verdaulich, von consequenter Mercurbehandlung will er Abkürzung des Verlaufes der Lues gesehen haben. Dem Jodkali schreibt er nur in tertiären Fällen Bedeutung zu, reicht es aber nie im primären oder secundären Stadium. In einer sich anschliessenden Discussion berichtet Kettley über einen positiven Erfolg der Excision. Finger.

Jullien. Hypodermat. Injectionen von Calomel bei Syphilis. (Annal. de Dermat. et syph. Vol. V. Nr. 2. 1884.)

J. empfiehlt die Injection nach folgendem Recept: Calomelan. subtilissime parat. 0·1—0·15, Gummi arab. pulv. 0·05, Aq. dest. 1·0 für eine Injection. Zwei solche werden im Beginn der Behandlung in die Nates



gemacht. Nach drei Wochen zwei weitere Injectionen. Damit ist die Behandlung abgeschlossen. Erst einige Tage nach der Injection treten nach dem Vf. Schmerzen auf, dieselben sind jedoch nicht beträchtlich. An den Stichkanälen kommen häufig Abscesse vor. Beinahe immer Salivation. Der therapeutische Effect soll in allen Perioden der Lues ein überraschender sein.

Köbner. Ueber therapeutische Verwerthung der localen antisyphilitischen Wirkung des Quecksilbers. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47, 1884.)

Bei breiten Condylomen auf der dem Brustkorbe anliegenden Haut der Mamma trat nach 2 Sublimatinjectionen ein auffällig rasches Eintrocknen dieser Syphilisprodukte ein, gegenüber jenen, die am Anus und im Pharynx unverändert geblieben waren. Ferner beobachtete K. ein schnelles Erblassen eines gruppirten Syphilides, in dessen Mitte die Injection gemacht wurde, während eine fern von diesem Orte stehende Gruppe sich nicht verändert hatte.

Lässt man einen von allgem. Roseola papulosa bedeckten Kranken lediglich an den Extremitäten einreiben, so überdauert das Syphilid am Stamm die Involution an den Extremitäten um 8—10 Tage. Oertliche Inunctionen syphilitischer Adenitiden bewerkstelligt deren Resorption sicherer als die allgem. Mercurialisation. Derbe Gummata der Haut und des Zellgewebes, welche Wochen lang den Sublimatinjectionen widerstanden, schwanden ziemlich rasch auf locale Inunction mit Hg-Salbe. K. fordert daher neben der allgemeinen noch die consequente regionäre Anwendung des Hg, besonders gegen die Residuen syphilitisch geschwellter Drüsen und derjenigen Lymphgefässrayone, die den extragenitalen Infectionsstellen entsprechen und deren locale Behandlung bislang wenig berücksichtigt wurde. Horovitz.

Schuster. Neue Aufschlüsse über die Ausscheidung des Quecksilbers. (Centralblatt f. die med. Wissenschaften p. 274. 1884.)

S. theilt folgendes Verfahren mit, welches der Chemiker Dr. Schridde zum Nachweis des Quecksilbers im Harn anwendete: In den mit Salzsäure angesäuerten Harn wird Schwefelwasserstoff eingeleitet; die Flüssigkeit 24 Stunden stehen gelassen. Das Sediment, das jedenfalls Schwefelquecksilber, aber auch Harnsäure, Schleim etc. ent-



hält, wird abfiltrirt, das Filter mitsammt dem Inhalt durch Königswasser zersetzt. Das Filter wird mit dem Königswasser so lange zur Trockne verdampft, bis keine Salpetersäure mehr vorhanden ist. Nun wird der Rückstand in etwa 10 g Wasser gelöst und jetzt in schwach saurer Flüssigkeit in gewohnter Weise nach Fürbringer verfahren. Durch dieses Verfahren wurden 0,2 mg Quecksilber in einem Liter Harn nachgewiesen. (Nach der Methode von A. Mayer kann man noch 0·1 mg $HgCl_2$ in einem Liter Harn nachweisen, vgl. Victor Lehmann: Experimentelle Untersuchungen über die besten Methoden Blei, Silber und Quecksilber bei Vergiftungen im thierischen Körper nachzuweisen. Zeitschrift für physiologische Chemie Bd. VI. Heft 1. — Anm. d. Ref.) Mittelst dieser Methode wurde in den auf Veranlassung S's angestellten Untersuchungen das Quecksilber im Harn bei Innunctionskuren auch da gefunden, wo die gewöhnliche Fürbringer'sche Methode in Stiche liess. S. nimmt deshalb an, dass das Quecksilber durch den Harn in regelmässiger Weise ausgeschieden wird, gerade so wie durch die Fäces, und dass nach gewöhnlichen Quecksilberkuren die Ausscheidung des Quecksilbers nach etwa 6 Monaten beendet ist.

Buchanzeigen und Besprechungen.

Die Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. Für Aerzte und Studirende dargestellt von Dr. Paul Fürbringer, Prof. e. o. an der Universität Jena. Verlag von Friedrich Wreden, Braunschweig. 1884. 379 S.

Den 8. Band von Wreden's Sammlung kurzer medizinischer Lehrbücher bildet Prof. Fürbringer's Buch der Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. Nach der ebenso trefflichen, als den Gegenstand erschöpfenden Darstellung der allgemeinen Symptome; der Albuminurie, Hämaturie, Hämoglobinurie, Harncylinder, des Hydrops und der Urämie, und der Verwerthung dieser Symptome für Diagnose und Prognose gelangt F. zur Abhandlung der Krankheiten der einzelnen Organe. Wie sich von selbst versteht, wird den Krankheiten der Nieren ein eigenes und umfangreiches Kapitel gewidmet. Stete Berücksichtigung der neuesten Fortschritte auf dem Gebiete der pathologischen Histologie und Harnchemie, der einschlägigen Resultate der Experimentalpathologie und die Nutzanwendung dieser Kenntnisse für Diagnose und Therapie verleiht diesem Abschnitte, der zugleich die Nierenbeckenkrankheiten abhandelt, Interesse und Prägnanz. Bemerkenswerth ist die concise und doch so rationelle Erörterung der Nieren- resp. der Nierenbeckensteine.

Bei den Krankheiten der Harnblase wird mit Recht der Cystitis, als der häufigsten Blasenerkrankung, der grösste Raum angewiesen. In übersichtlicher und doch nicht zu breitspuriger Weise wird Aetiologie, Pathologie und Therapie der Cystitis besprochen. Diejenigen Blasenerkrankungen, welche eigentlich chirurgisches Interesse beanspruchen, werden, sofern die Therapie operative Eingriffe erheischt, nach lehrreichen urochemischen Skizzirungen im Zusammenhalte mit an anderen Orten gegebenen trefflichen Darstellungen (Nieren-Blasensteine) den Lehrbüchern und Specialwerken der Chirurgie zugewiesen.



Unter den Urethralkrankheiten ist das ausführliche Kapitel über Tripper hervorzuheben. F. vindicirt, wie fast alle modernen Urologen, den Gonococcen Neisser's die Virulenz des Trippers. Sehr interessant ist die Ausführung über Morphologie und Histologie der Tripperfäden. Allerdings gelangen wir mit diesem und dem nächstfolgenden Abschnitte des Buches, den Krankheiten der Geschlechtsorgane, auf ein Gebiet, welches wir nur in Specialwerken oder in den grösseren Hand- und Lehrbüchern der Syphilis anzutreffen gewohnt sind. Doch ist es schwer, eine solche Aussonderung bei dem allgemeinen und sich in weiten Grenzen bewegenden Inhalte des Buches durchzuführen. Und so wird der Leser auch für diese lehrreichen Kapitel Dank wissen.

Die gute Literaturübersicht ist Jedem, der die neueren Quellen kennen lernen will, sicherlich willkommen.

Das Buch würde gewiss noch sehr gewinnen, wenn in den zu erwartenden neuen Auflagen auf Zahl und Qualität der Illustrationen mehr Rücksicht genommen werden könnte.

Horovitz.

Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis von Prof. Dr. Eduard Lang, Vorstand der syphil.-dermatol. Klinik an der Universität in Innsbruck. Mit Holzschnitten. Wiesbaden, bei J. F. Bergmann. I. Hälfte 1884 und II. Hälfte 1. Abtheilung 1885.

Das uns vorliegende Buch, dessen erste Hälfte schon vor Jahresfrist ausgegeben wurde, und dessen Schluss-Heft bis heute noch nicht ausgegeben ist, sollte eigentlich in dieser Vierteljahresschrift erst dann besprochen werden — einer gewiss nicht unberechtigten Gepflogenheit zufolge — bis es ein vollkommen abgeschlossenes Werk darstellen und als Ganzes gewürdigt werden könnte.

Wenn wir dasselbe dennoch an dieser Stelle unserem Leserkreise vorlegen, so geschieht dies lediglich darum, weil das Buch, welches in Form von Vorlesungen durchgeführt ist, sich durch eine ausserordentlich lehrreiche und unbefangene Zusammenfassung des pathologischen Materials auszeichnet und dadurch eine wahre Fundgrube für jede wissenschaftliche Einzelnarbeit im Gebiete der Syphilis darstellt. Während die erste Hälfte in vier Vorlesungen die allgemeine historische Entwicklung unserer Kenntnisse über das Contagium und die gegenwärtig vorwaltenden Anschauungen über dasselbe



sowie über die Uebertragung des Krankheitsstoffes darlegt, hierauf im speciellen Theile in sieben Vorlesungen die specielle Pathologie der acquirirten Syphilis und von den einzelnen Erkrankungsgruppen jene der Haut-Syphilis eingehend dargestellt hatte, finden wir in der 12. bis 24. Vorlesung (1. Abth. der II. Hälfte) die Syphilis der Verdauungs-, Athmungs-, Circulationsorgane, der Milz, Thymus, Schilddrüse, Nebennieren, der Urogenitalorgane, der Knochen, Gelenke, Muskeln, sehnigen Gebilde, des Nervensystems und der Sinnesorgane mit Hilfe eingefügter Holzschnitte in genügender Zahl (meist nach Photographien) klar und übersichtlich geschildert.

Die noch fehlende zweite Abtheilung des II. Bandes, welche 1886 erscheinen wird, wird wohl zum grössten Theile der Therapie gewidmet sein und so die praktischen Ziele des Buches zum Schlusse in angemessener Weise zum Ausdruck bringen.

Wenn wir auch nicht in allen Punkten mit den Anschauungen des Verf. übereinstimmen, und wenn wir andererseits die Hauptvorzüge des Buches in seiner gelungenen Zusammenstellung der wichtigsten Punkte des Gesammt-Wissens über Syphilis erblicken, so sind wir doch weit entfernt, die selbstständige klinische Beobachtung und Arbeit, welche sich in so vielen Kapiteln ausspricht, zu verkennen. Und so empfehlen wir das Buch — freilich unter der Voraussetzung, dass der noch fehlende Theil die Versprechungen der schon erschienenen Partien einhalten werde — Aerzten und Studirenden auf das Wärmste.

Auspitz.



Bibliographie vom Jahre 1884.

Viertes Verzeichniss.

Dermatologie.

Anatomie, Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie der Haut.

Colomiatti, V. F. Trattato di anatomia patologica della pelle. Opera postuma. Torino, 8°.

Ferrari, P. Lezioni di dermatologia generale. Napoli, 8°.

Goldscheider, A. Die specifische Energie der Gefühlsnerven der Haut. — Monatsh. f. prakt. Dermatol. III, 238; 1885, IV, 5.

Goldscheider, A. Die specifische Energie der Temperaturnerven. — Monatsheft f. pr. Derm. III, 225—41 und 1 Tafel.

Hilbert, R. Ein Fall von spontanem wiederholtem Nagelwechsel. — Memorab. Heilbronn. N. F. IV, 462—4.

Klug, F. Ueber die Hautathmung des Frosches. — Arch. f. Physiologie. Leipzig, 183—90.

Schwimmer, G. A. Erhebungen über die Farbe der Augen, der Haare und der Haut bei den Schulkindern Oesterreichs. — Mittheilungen der anthropologischen Gesellschaft in Wien. Suppl. I. 1884. gr. 4°.

Schultz, H. Haut, Haare und Nägel. Ihre Pflege, ihre Krankheiten etc. 3. Aufl. Mit 46 Abbild. Leipzig, 1885. 8°.

Schwimmer, E. Die Beziehung des Nervensystems zu den Hautkrankheiten. — Wiener med. Presse XXV, 1279—82.

Bock, E. Die Pfropfung von Haut und Schleimhaut auf oculistischem Gebiete. — Allg. Wiener med. Zeitg. XXIX, 509.

Brooke, H. Ueber plastische Darstellung von Hautkrankheiten. — Monatsh. f. prakt. Dermat. 1885, IV, 16—22.



Castaeñda, G. J. Influencia del alcoholismo en el desarrollo de muchos grupos de afecciones cutaneas. — Rev. méd. Bogotà, 1884—5, IX, 67—71.

Chaumier, E. Une maladie à manifestations multiples. — Concours méd. Par. VI, 618—22.

Crocker, H. R. Lesions of the nervous system etiologically related to cutaneous disease. — Brain; London, 1884—5, VII, 343—69.

Duhring, L. A. A course of lectures on dermatology. Lecture V, VI, VII. — Med. News. Phil. XLV, pp. 85, 169, 309, 505.

Epidemiological Society of London. Epidemic diseases. London, 8°. 100.

Guibot, E. Traité pratique des maladies de la peau, diagnostic, traitement. Paris, 1885, 8°.

Jarisch, A. Ueber dermatologische Heilmethoden. — Mitth. des Wiener med. Doct.-Coll. 1885, XI, 14, 22.

Jarisch, Adolf. Ueber die neueren dermatologischen Heilmethoden. — Wiener med. Blätter 1885, VIII, p. 513.

Jensen, P. C. On cutaneous therapeutics. — Physician and Surg. Ann. Arbor, Michigan VI, 481—6.

Lewis William, J. Hair microscopically examined and medicolegally considered. — Buffalo, 8°, p. 10 und 2 Taf. — Aus: Proc. Am. Soc. Micr.

Robinson, A. R. A manual of dermatology. New York, 1885. 8°.

Robson, A. W. M. Irritation of the skin following the application of vaseline as a surgical dressing. — Lancet. Lond. II, 822.

Shoemaker, J. V. Jequirity; its uses in diseases of the skin. — Trans. Med. Soc. Penns. Phil. XVI, 259—67.

Shoemaker, J. V. Naphthol; its medical uses and value. — Proc. Phil. Co.; Med. Soc. Phil. 1883—4, VI, 37—43.

Shoemaker, J. V. Oleates; further investigations into their nature and action. — British med. Journ. II, 749—54. Deutsch in Monatsh. f. prakt. Derm. III, 257, 321, 353.

Shoemaker, J. V. The treatment of diseases of the skin. — Med. Bull. Phil. VI, 270—6.

Skurchovitch. Obzor rabot po dermatologii v 1883 g. — Med. Obzor. Moskau XXII. 111—130.

Thin, G. On certain new methods in the treatment of diseases of the skin. — Brit. med. Journ. II, 1236.



Trusevich, J. I. (Kairin und dessen Verbindungen mit Carbol- und Salicylsäure in entzündlichen Hautkrankheiten.) — Vrach; St. Petersburg, V. 664, 685, 718.

Van Harlingen, A. The principles of external treatment in diseases of the skin. — Trans. Med. Soc. Penn. Phil. XVI, 254—8.

Dean. Salicylic acid for corns. — St. Louis Cour. Med. XII 444.

Descroizilles. Les gourmes infantiles; leur séméiologie; leur traitement par les tissus imperméables. — Semaine méd. Par. 2 S. IV, 493—5.

Du Moulin, N. Élimination du plomb par la peau; decouverte d'un caractère pathognomique de l'intoxication saturnine récente. — Ann. Soc. de méd. de Gand. LXIII, 172—4.

Gamberini, P. L'urina in rapporto colle dermopatie. Gior. ital. d. mal. vener. Milano, XIX, 129—47.

Gingeot. Du traitement rationnel de l'affection furonculeuse. — Bull. gén. de thérap. Par. 1885, CVIII, 49, 109.

Schlegtendal. Zur Behandlung des eingewachsenen Grosszehennagels. — Deutsche med. Wochenschr. X, 666.

Stocquart. Traitement des affections cutanées du pavillon de l'oreille par l'usage interne de l'acide chrysophanique. — Journ. de med. chir. et pharmocol. Bruxelles, LXXIX, 483—5.

Zesas, D. G. Zur Therapie der Varicen an den unteren Extremitäten. — Deutsche Med.-Zeitung, Berlin 1885, I, 49.

Einfache (oberflächliche und tiefgreifende oder phlegmonöse A.) Entzündungen der Haut.

Brosseau. Considerations générales sur l'anthrax. — Union méd. du Canada. Montreal 1885, XIV, 49—51.

Dowdeswell, G. F. On the aetiology of charbon symptomatique, and its relation to other allied diseases. — Rep. Med. Off. Local Govern. Bd. 1883, Lond. 1884, XIII, 186—99.

P. y Pasinnal, D. Antrax maligno en el cuello; inyecciones interstitiales fenicades desbradamiento; curacion. — Siglo. med. Madrid, XXXI, 824—6.

Schrakamp, F. Zur Aetiologie des Milzbrandes. — Arch. für Hyg. München und Leipzig, 1884—5, II. 335—59 u. 1 Taf.

Barberini, B. Contribuzione alla cura della pustola maligna. — Raccoglitore med. Forli 4 Ser. XXII, 197—9.



Cortezão, A. A. A pustula maligna e o acido phenico. — Coimbra med. IV, 306—9.

Delassus, A. Pustule maligne du front guérie sans traitement. — Journ. d. sc. méd. de Lille, 1885, VII, 79—83.

Janney, W. S. Malignant pustule. — Proc. Philad. Co. Med. Soc. Phil. 1883—4, VI, 287—300.

Klein. Further observations on the pathological relations of bacillus anthracis. — Rep. Med. Off. Local Govern. Bd. 1883, London, 1884, XIII, 158—66.

M'Gill, A. F. Two cases of charbon. — Lancet Lond. II, 994.

North, J. A case of external anthrax or malignant pustule in the human subject. — Indian Med. Gaz. Calcutta, 1885, XX, 1.

Pagola, M. Pustula maligna. Buenos Aires, 8°. Thèse.

Piccoli, G. Sei pustule maligne sviluppatesi successivamente in quonqe giorni al braccio dell' istesso individuo. — Morgagni; Napoli, XXVI, 757—62.

Proust, A. Note sur un mode possible d'inoculation de la pustule maligne. — Bull. Acad. de méd. Par. 2 Sér. XIII, 1697—1705.

Török. (Ein Fall von Carbunkel oder Pustula maligna.) — Gyógyászat Budap. XXIV, 681—3.

Armstrong. Erysipelas of the face, followed by double cerebral abscess. — Canada Med. Rec. Montreal 1884—85, XIII, 2.

Balleray, G. H. Erysipelas as a complication of pregnancy and labor; with a report of case of herniotomy, performed on a patient suffering from erysipelas. — Am. Journ. Med. Sc. Phil. 1885, N. S. LXXXIX, 160—3.

Bitterlin. Deux cas d'angine couenneuse et un cas d'érysipèle de la face guéris par le séjour des malades au milieu de vapeurs antiseptiques. — Gaz. d. hôp. 1885, LVIII, 115.

Bonacorsi, C. Contributo allo studio della risipola della faccia. — Bull. d. Comit. med. cremonense. Cremona, IV, 125—35.

Bouillet. Étiologie de l'érysipèle. — Montp. méd. 2 S. II, 389, III, 106, 190.

Cocci, G. Sulla influenza della risipola sul tracoma. — Gazz. d. osp. Milano, V, 642—5.

Da Costa, J. M. Acute erysipelas; remarkable result from pilocarpine. — Phil. Med. Times 1884—85, XV, 151.



De Renzi, E. Sulla pulmonite dell' apice ed erisipelatosa. — Boll. d. clin. Napoli, I, 289—91.

Erysipelas; discussion. — Boston med. and surg. Journ. CXI, 613; 1885, CXII, 14.

Ford, P. R. Pathology and treatment of erysipelas. — Mississippi Valley med. Month. Memphis, 1885, V, 18—22.

Hoeven L. van der, Genezing door erysipelas. — Nederl. Tijdschrift v. Geneesk. Amst. XX, 927.

Kaltenbach, R. Ist Erysipel intrauterin übertragbar? — Centralbl. für Gynäk. Leipzig, VIII, 689—91.

Monteverdi, A. La risipola è sempre contagiosa? — Bull. d. Comit. med. cremonense. Cremona, IV, 208—12.

Morelli, P. I nuovi metodi di cura della erisipela. — Morgagni Napoli. XXVI, 499.

Neelsen, F. Rapide Wucherung und Ausbreitung eines Mammacarcinoms nach zwei schweren Erysipelanfällen von 15, resp. 10tägiger Dauer. — Centralblatt f. Chir. Leipzig XI, 729—35.

Partridge, E. L. Discussion on erysipelas. — New York Med. Journ. XL. 707—10.

Radakov (Erysipelas und Parotitis mit croupöser Pneumonie). — Med. Obozr. Mosk. XXII, 484—88.

Röhring. Ueber den menstruellen Rothlauf. — Centralbl. für Gynäk. Leipzig, VIII, 827.

Rosenthal, M. Zur Charakteristik des Erysipels. — Wiener med. Presse XXV, 1269, 1301.

Runge, M. Mittheilung über die intra-uterine Uebertragbarkeit des Erysipelas. — Centralblatt f. Gynäk. Leipzig, VIII, 761—3.

Burnett, C. H. Traumatic eczematous dermatitis in and about the external ear of infants and young children. — Arch. Pediat. New York I, 673—81.

Deligny, L'eczéma. Paris, 1885, 8°.

Duncan J. H. Report of two cases of eczema. — Med. Index. Kansas City, V, 280—3; Kansas City, Med. Rec. 1885, II, 39—42.

Rosenberry, H. L. Treatment of scrotal eczema. — Columbus Med. Journ. 1884—85, III, 293—6.

Shearar, F. Case of eczema following the course of the small sciatic and short saphenous nerves. — Glasgow Med. Journ. 1885, 4 S. XXIII, 81—4 und 1 Taf.



Sinclair, A. J. The use of ichthyol in eczema. — Brit. med. Journ. II, 1013.

Bécour. Morve farcineuse aiguë inoculée. — Bull. méd. du nord. Lille, XXIII, 405—17.

Boinet, E. et C. Depéret Nouveaux faits relatifs à l'histoire du bouton de Gafsa. — Arch. de méd. et pharm. mil. Par. IV, 425—30.

Cappi, E. La pellagra nel contado cremonense. — Bull. d. Comit. med. cremonense. Cremona, IV, 136, 188.

Chevers, N. Febris exanthematosa orientalis, or beriberi fever. — Indian med. Gaz. Calcutta, XIX, 302—6.

Duhring, L. A. Case of dermatitis herpetiformis caused by nervous shock. — Am. Journ. Med. Sc. Philadelph. 1885, N. S. LXXXIX, p. 94—98.

Duhring, L. A. Notes of a case of dermatitis herpetiformis, during thirteen years. — New York Med. Journ. XL, 540—2.

Duhring L. A. Preliminary note on the relation of dermatitis herpetiformis to herpes gestationis and other similar forms of disease. — Med. News Phil. XLV, 570.

Fowler J. K. Case of subcutaneous nodoles occurring in an adult not the subject of rheumatism. — Transact. of Clin. Soc. Lond. XVII, p. 65—67.

Greenough, F. B. Ophthalmic symptome accompanying impetigo herpetiformis. — Boston Med. and Surg. Journ. CXI, 472.

Jousseaume et Mégnin. Note sur la présence d'une larve d'ostride (Dermatobia noxialis J. Goudot) chez l'homme, a Paris. — Bull. de la soc. Zool. de France pour l'année 1884, part 1 et 2, p. 11.

Kaposi, M. Zwei eigenthümliche Fälle von Dermatosis diabetica. — Med. Jahrb. Wien, 1—7 und 4 Taf.

Leloir, H. Sur une nouvelle variété de périfolliculites, suppurées conglomérées en placards. — Bull. Soc. anat. de Par. LIX, 364—76.

Mackenzie, S. A case of acne varioliformis. — Transact. of Clin. Soc. Lond. XVII, 227—9 und 1 Tafel.

Monastyrski, N. Beobachtungen über das Verhalten des Rotz-Pilzes im menschl. Organismus. — St. Petersbg. med. Wochenschrift N. F. I, 478—80.

Moos, S. Acquired atresia of both auditory passages due to chronic eczema. Transl. by J. A. Spalding. — Arch. of Otol. New York, XIII, 237.



Pari, A. La pellagra. — Gazz. di med. pubbl. Napoli XV, 289, 339.

Rabitsch, J. Ueber die Nilkrätze und die Nilbeule. — Wiener med. Wochenschr. XXXIV, 1458, 1491, 1517.

Robinson, A. R. Hydroa; impetigo herpetiformes; dermatitis herpetiformis. — Journ. of cut. and ven. dis. 1885, III, 1—4 u. 1 Taf.

Robinson T. Lectures on acne; acne rosacea, lichen and prurigo. London 8°.

Shimonek, A. Larvae of the oestrus bovis in and beneath the human skin. — Northwest. Lancet. St. Paul, 1884—5, IV, 62.

White, J. C. Cases of arsenical dermatitis. — Boston med. and surg. Journ. CXI, 433—5.

White, J. C. Cases of arsenical dermatitis. Cambridge. 12°. — Aus Boston med. and surg. Journ.

Angioneurosen der Haut (Dermatosen mit **vorwaltend ausgeprägter** Störung des **Gefässtonus** A.).

Doebner. Ein Antipyrinausschlag. — Aerztl. Int.-Bl. München, XXXI, 571.

Dubreuil. Érythème circiné infectieux. — France méd. Paris. II, 1515—7.

Carrington. Skin eruption due to the administration of bromide of potassium. — Brit. med. Journ. II, 862; Lanc. London. II, 778.

Eulenburg, A. Ein Fall von Ephidrosis unilateralis. — Deutsche med. Wochenschr. 1885, XI, 43.

Eulenburg, A. Ephidrosis unilateralis. — Deutsche medicin. Wochenschr. Berlin, 1885, XI, Nr. 3.

Levassor, P. Contribution à l'étude des éruptions quiniques. Thèse Par. 1885 4°.

Mackenzie, S. Sweating limited to the upper half of the body. — Trans. Clin. Soc. London XVII, 230.

Ollivier, A. Sur quelques troubles trophiques de la peau dans l'ataxie locomotrice. — Assoc. franc. pour l'avanc. d. sc. Compt. rend. 1883, Par. 1884, XII, 791.

Pellizzari, C. Nuovo contributo allo studio delle eruzioni iodiche. — Sperimentale. Firenze, LIV, 223—60.

Richardson, B. W. On disease from bichromate of potassa; a study in industrial pathology. — Asclepiad. Lond. I, 339—53 u. 1 Taf.



Robinson, T. On acne rosacea. — British med. Journ. 1885, I, 124—6.

Róna. Die Veränderungen der Hautdecke bei Febris recurrens. — Pest. med. chir. Presse. Budapest 1884, Nr. 50.

Róna, S. Ueber die Veränderung der Hautdecke bei Febris recurrens. — Pest. med. chir. Presse XX, 1068 aus Orvosi het. Nr. 45.

Rossolymmo, G. Zur Frage über trophische Störungen der Haut bei Tabikern. — Arch. f. Psychiatr. Berlin 1884, XV, 722—30.

Seibert, A. Multiple oedematous swellings of the skin, due to rheumatic vasomotor affection. — Med. Rec. New York. 1885, XXVII, p. 35 —37.

Tatham, J. On the observed relations of certain infectious diseases, and the dependence on meteorological conditions. — Health Journ. Manchester 1884 - 5, II, 132, 150 und 1 Tafel.

Berbez, P. Note sur trois cases d'érythème à diagnostic douteux. — Progrès méd. Par. XII, 937—40.

Chernjaev, N. J. (Ueber Erythema). — Ejened. klin. gaz. St. Petersburg IV, 341—9.

Heitzmann, J. Vicarirende Menstruation und Menstrual-Exantheme. — Med. Jahrb. Wien, 9—41.

Leloir, H. Lésions de l'épiderme dans l'érythème polimorphe; érythème bulleux ou pemphigoide; érythème vésiculeux. (Herpès ou érythème iris.) — Progrès méd. Par. 1885, 2 S. I, 29.

Leloir, H. Recherches sur l'anatomie pathologique et la clôture des érythèmes, et de l'érythème polymorphe en particulier. — Bull. Soc. anat. de Par. LIX, 294—303; Progrès méd. 1885, 2 S. I, 27—29.

Mansurov. Bacilli pri raznovidnoi eritème (Erythema multiforme). — Laitop. khirurg. Obsh. v Mosk. VI, 85—94.

Molènes-Mahon, P. de. Contribution a l'étude des maladies infectieuses. De l'érythème polymorphe. Thèse Par. 4°.

Morel-Lavallée. Érithème polymorphe dans la période réactionelle du cholera. — Ann. de derm. et syph. Par. 2 Sér. V, 621—624.

Pellizzari, C. Eritema orticato atrofizzante; atrofia parziale idiopatica della pelle. — Gior. ital. d. mal. ven. Mil. XIX, 230—43.

Petrene, L. M. Eritema multiforme, artrite e porpore emorragiche determinate da faringiti. — Sperimentale. Firenze LIV, 356—8.

Pineau. Ecthyma infantile gangréneux (par hérédité paludique?). — Union méd. Par. 1885, XXXIX, 73—5.



Thomas, J. C. Puerperal erythema. — Journ. of cut. and ven. dis. New York. 1885, III, 4—7.

Argaez, de. Sur un cas d'urticaire à frigore. — Courrier méd. Par. XXXIV, 415.

Argaez, de. Sur un cas d'urticaire à frigore. — France méd. Par. II, 1527.

Fényköwy, A. Ein Fall von Asthma bronchiale mit gleichzeitigem Auftreten von Urticaria. — Wiener med. Presse XXV, 1564.

Hardy, A. Urticaire. — N. dict. de med. et chir. prat. Par. 1885, XXXVII, 550—9.

Krantzfeld, D. O. K voprosu ob urticaria facticia. — Vrach; St. Petersb. V, 774, 795.

Ollivier. De l'urticaire dans le jeune âge. — Praticien; Par. 1885, VIII, 17—19.

Pringle, J. J. Case of recurrent haematemesis with urticaria in a gentleman, aged fifty-one, with no family history of gout, haemophilia or other disorder. — Lancet. Lond. 1885, I, 110.

Schnitzler, J. Ueber den Zusammenhang zwischen Urticaria und Asthma. — Wiener med. Presse XXV, 1565.

Unna, P. G. Ein Fall von Urticaria pigmentosa. — Deutsche med. Wochenschr. 1885, XI, p. 140.

Andronici, C. Comunicazioni clinico-terapeutiche sull' epidemia di morbillo avvenuta in Messina durante gli anni 1883—4. — Arch. di patol. inf. Napoli, II, 274—9.

Bourneville et P. Bricon. Idiotie congénitale compléte; tuberculose pulmonaire et intestinale, rougeole etc. — Bull. de la soc. anat. de Paris, LIX, p. 487—496.

Cuomo, V. Nuove osservazioni sulla rubeola epidemica. — Giorn. internaz. d. sc. med. Napoli, N. S. VI, 529 —45.

Golson, W. W. The epidemic of Rötheln in Autauga Co. — Trans. of Med. Ass. Alabama, Montgomery, 1883, 424—30.

Longuet, R. Debe considerarse la roseola come una fiebre eruptiva? — Siglo med. Mad. XXXI, 790—2 aus Union méd.

Mackenzie, G. H. Sequel to a case of tracheotomy of laryngeal stenosis, after measles. — Edinburgh med. Journ. 1884—85, XXX, 397.

Malone, L. A. A case of haemorrhagic measles etc. — Arch. of Paediat. Philad. 1885, II, 34—38.



Ormerod, J. A. Muscular atrophy, after measles, in three members of a family. — Brain. Lond. 1884—5, VII, 334—42.

Rohrer, F. Ein Fall von plötzlicher Taubheit nach Masern. — Corresp.-Blatt für schweiz. Aerzte, Basel XIV, 603—7.

Rubeola at Bergholtz. — Rep. State. Bd. Health New York Albany IV, 144—52, 2 plans.

Saint Martin. Paralysie faciale et gangrène de la paupière supérieure consécutivement à une rougeole. — Bull. clin. nation. ophth. de l'hosp. d. Quinze-Vingts. Par. II, 145.

Ashby, H. How long are scarlet fever patients infectious? — Med. Press and Circ. Lond. 1885. N. S. XXXIX, 107.

Bezold, F. Otitis media purulenta chronica post scarlatinam; Cholesteatom der Paukenhöhle und des Antrum; Meningitis. — Arch. f. Ohrenheilk. Leipzig XXI, 255—8.

Brown, B. Practical remarks on the treatment of the more grave and malignant forms of scarlatina. — Journ. Am. Med. Ass. Chicago, III, 561—64.

Cayley, W. and A. P. Gould. A case of gangrene of the lung, following necrosis of the temporal bone, the result of scarlet fever; treatment by drainage; recovery. — Med. chir. Transact. Lond. LXVII, 209—215 und eine Tafel.

Crespi G. Osservazioni anatomo-patologiche intorno ad un caso di nefrite postscarlattinosa accompagnata da ipertrofia acuta di cuore. — Gazz. med. di Roma X, 169, 181.

Dunkelberg, H. Lymphadenitis colli und ihre Folgen bei Diphtheritis und Scarlatina. Inaug.-Diss. Berlin. 8°, 30.

Hall, De H. Surgical scarlet fever. — Brit. med. Journ. II, 964.

Heubner und Bahrdt. Zur Kenntniss der Gelenkeiterungen bei Scharlach. — Berl. klin. Wochenschr. XXI, 697—9.

Jakubovich, V. F. (Anomaler Scharlach und die Unterschiede derselben von den Rötheln.) — Ejened. klin. gaz. St. Petersb. IV, 201—5.

Johannessen, A. Observationer under ett godt afgrändset skarlagensfeberepidemi 1883—1884. En epidemiologisk studie. — Nord. med. Ark. Stockholm. XVI, Nr. 12, 1—39. und 2 Tafeln. Arch. für Kinderheilk. Stuttg. 1884—85, VI, 81—117 und 2 Tafeln.

Johannessen, A. Die epidemische Verbreitung des Scharlachfiebers in Norwegen. Kristiania, 8°.



Mandillon. Angine scarlatineuse pseudo-diphthéritique secondaire, coincidant avec des troubles urémiqués granes et une éruption pemphigoide généralisée. — Journ. de méd. de Bordeaux 1884—85, XIV, 178—181.

Michigan Staate. Board of Health, Nr. 72. Restriction and prevention of scarlet fever. Rev. ed. Lansing 8°, p. 8.

Moos, S. A case of double labyrinthine disease after scarlatina, favorable affected by hypodermic injections of pilocarpin, Transl. by J. A. Spalding. — Arch. of Otol. New York. XIII, 232—236.

Oidtmann, H. Die Rachendiphtherie nebst Scharlach etc. Linnich, 1885. 8°.

Page. Report on recent prevalences of scarlatina at Donington and Moulton, in the Spalding Rural Sanitary District, in relation to schoal attendance. — Rep. Med. Off. Local Gov. Bd. 1883, Lond. 1884, XIII, 54—62.

Petit, L. H. Sur l'étiologie de la scarlatine hémorrhagique. — Union med. Paris, 3 S. XXXVIII, 817—833.

Saint-Martin. Gangrène partielle de la paupière inférieure dans le cours d'une scarlatine. — Bull. clin. nation. ophth. de l'hosp. d. Quinze Vingts, Par. II, 144.

Scarlet fever; its prevention and control. — Rep. Bd. Health Illinois 1883. Springfield 1884, VI, 86—88.

Schwechten, E. Scarlatina. — Deutsche Med.-Zeitung Berlin 1885, I, 73—6.

Smith, G. Note on the after treatment of scarlet fever by scalded oatmeal. — Bristol med.-chir. Journ. II, 263.

Sweeting, R. D. R. Duration of scarlatinal infection. — Med. Press and Chir. 1885, N. S. XXXIX, 131.

Titomanlio, A. Un caso di scarlattina anomala. — Morgagni Napoli XXVI, 763—77.

Vergely, P. Angines infectieuses primitives de la scarlatine. — Journ. de méd. de Bordeaux, 1884—85, XIV, 153, 166.

Wide, A. Förlamning efter skarlakansfeber. — Upsala Läkaref, Förh. XX, 36—42 und 1 Tafel.

Wildermuth, H. A. Ueber das Auftreten chronisch-epileptischer Zustände nach Scharlach. — Med. Corr.-Bl. d. würtemb. ärztl. Ver. Stuttg. LIV, 273, 281.



Acker, J. Die Uebertragbarkeit der Tuberculose durch die Vaccination. — Centralblatt f. allg. Gesundheitspfl. Bonn. III, 421—35.

Adam. Zur Frage von der Impfung mit animaler Lymphe. — Bresl. ärztl. Zeitschr. VI, 291.

Antigüedad Diez, F. Ventajas de la vacunación. — Union de l. cien. méd. Cartagena, IV, 337.

Bareggi, C. Sui microbi specifici del vajuolo del vaccino e della varicella. — Gazz. med. ital. Lomb. Milano, 8 Ser. VI, 480, 506, 514, 519, 529, 545 u. 1 Tab.

Bauer, Moriz. Ueber Antiseptik beim Impfen. Wien, 1885, 8°, p. 10. Aus: Mitth. d. Wiener med. Doctoren-Collegiums XI.

Baz Iglesias, C. Inconvenientes de la vacunacion (Rèplica a F. Antigüedad). — Correo méd. castellano. Salamanca, I, 293—302.

Bouchardat. L'attenuation des virus par la méthode Jennérienne. — Rev. scient. Par. XXXIV, 802—6.

Burnett, J. Compton. The law of similars the scientific principle of vaccination; homaeo-prophylaxis. Lond. 8°, 16.

Coelho, S. A vaccina e a variola. — Journ. Soc. d. sc. med. de Lisboa, XLVIII, 197—220.

Dell' Acqua, F. La vaccination animale en Italie. — Inst. san. en Italie Milan, 1885, 227—35.

Diday, P. Le vaccin pilifère. — Lyon méd. XLVII, 237—9.

Doughty, W. H. An experience with bovine virus in the vaccination of children. — Med. Rec. New York. 1885, XXVII, 222.

Dunant, P. L. Institut vaccinal suisse de Lancy. — Rev. med. de la Suisse Rom. Genève, IV, 595—9.

Empis. Vaccin et virus atténués. — France méd. Paris, 1885, I, 51.

Eulenburg, H. Ueber die Wirksamkeit der königl. preussischen Impf-Institute im Jahre 1883; nach amtl. Quellen mitgetheilt. — Vierteljschr. für gerichtl. Med. Berl. 1885, N. F. XLII, 120—31.

Galvagni, E. Studio statistico sul vaiolo. — Riv. clin. di Bologna 3 S. IV, 769, 1017, 1092.

Goldschmidt, D. De la vaccine animale. — Gaz. méd. de Strassb. 1885, 4 S. XIV, 13—18.

Gwynn, E. Small-pox hospitals, their influence on surrounding populations. — Lancet Lond. 1885, I, 253.

Haas, H. Das Krankenmaterial des Spitals der barmherzigen



Brüder zu Prag vom Jahre 1670 bis auf unsere Zeit mit besonderer Berücksichtigung der Variola. Prag, 1885, 8°.

Hager. Ueber pulverisirte Vaccine mit Demonstration der Abnahme und Bereitung. — Tagbl. d. Versammlung deutsch. Naturf. und Aerzte. Magdebg. LVII, 339—44.

Hamernik, J. Ueber die sog. Vaccination und Variola. Prag, 8°. — Aus „Politik".

Herman, G. E. An average or „composite" temperature chart of small-pox. — Med.-chir. Transact. Lond. LXVII, 205—7 u. 1 Taf.

Hillier, A. P. Vaccination and the recent small-pox epidemic at Cape Town. Thesis. — South African Med. Journ. East London, I, 138—140.

Högyes, F. Varicella utan féjlödött nephritis parenchymatosa két esete. — Orvosi het. Budapest, 1885, XXIX, 11—16.

Hübner, Dr. W. Die Pockenkrankh. heilbar! Ueber miasmatische Ansteckung mit specieller Beziehung auf die Entstehung und das Wesen der Pockenkrankheiten, nebst Angabe eines specif. Heilverfahrens gegen die Pocken, nach den neuesten naturwissenschftl. Grundsätzen bearbeitet. 2. Aufl. gr 8°. (VIII, 34 S.)

Huguenin. Impfen oder Nichtimpfen? Ist in die Frage der Abschaffung des Impfzwanges mit Ja oder Nein zu stimmen? 2. Aufl. Zürich 8°.

Illinois State. Board of Health, N. 235 Aug. 1884. Concerning the vaccination etc. Springfield. 8°.

Ince, J. Darenth small-pox camps. — Lancet Lond. 1885, I, 130.

Influence des vaccinations sur la mortalité par variole. — Rev. san. de Bordeaux, 1884—5, II, 4.

Kranz, A. Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreich Bayern im Jahre 1883. — Aerztl. Int.-Blatt. München 1884, XXXI, 487, 498.

Lendon, A. A. Small-pox at Border Town S. A.: a contribution to the history of the epidemic of small-pox in Australasia during 1884. — Australas Med. Gaz. Sydney 1884—5, IV, 61.

Lewellin, A. J. K. An anomalous case of small-pox. — Austral. Med. Journ. Melbourne N. S. VI, 458—61.

Lucas, R. C. Gangrene of the skin and cellular tissue of the arm following vaccination. — Guys hosp. Rep. Lond. 1883—4, XLII, 31—38 und 1 Tafel.



Macgowan, D. J. Introduction of small-pox and inoculation into China. China Imp. Customs. -- Med. Rep. Shanghai, XXVI, 16—18.

Mayntzer, P. Die Lösung der Impffrage im Geiste einer rationellen, physiologischen Therapie. Eine Petition an den hohen deutschen Reichstag. gr. 8°. (X, 76 S.) Coblenz, Schuth.

Mees, W. Een geval van gemodificeerde pokken bij een gevaccineerd individu na infectie met vaccina vera. — Nederl. Tijdsch. v. Gen. Amst. XX, 848—50.

Meyer. (?) Die öffentlichen Impfungen im Kreise Hilsberg im Jahre 1884, ausgeführt mit animaler Lymphe. — Vierteljahresschr. für gerichtl. Med. Berlin n. F. XLVI, 301—9.

Miguel, D. Le virus rabique, le vaccin et le virus varioleux. — Journ. de med. et pharm. de l'Algérie. Alger, IX, 218.

Muskett, P. Some points in connection with the small-pox cases lately located at the Quarantine Station, Port Jackson. — Australas. Med. Gaz. Sydney 1884—85, IV, 57—61.

Neumann, C. Purpura variolosa, Variola vera u. Variola sine exanthemate in einer Familie. — Deutsche med. Wochenschr. X, 698.

Pfeiffer, L. Ueber Spoorpilze in der Kälberlymphe. — Corresp.-Bl. d. allg. ärztl. Vereines v. Thüringen. 1885, Nr. 3. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1885, XI, 242.

Pfeiffer, L. Ueber Vaccine und Variola. — Vierteljahresschr. f. gerichtl. Med. Berlin n. F. XLVI, 352—9.

Page. Report on a death occurring after recent vaccination in Nr. 1. District of the Blackburn Union. — Rep. Med. off. Local Gov. Bd. 1883, Lond. 1884, XIII, 31—4.

Parola, J. De la vaccination humanisée: considérations statistiques. — Inst. san. en Italie, Milan 1885, 236—48.

Pfeiffer, L. Ueber Vaccine und Variola. — Vierteljahresschr. f. gerichtl. Med. Berl. 1885, N. F. XLII, 105—10.

Pütz. Ueber Schutzpocken-, Lungenseuche- und Milzbrand-Impfung. — Centralblatt f. Thiermed. I, 369—73.

Sommer, B. Einige Notizen über die Blattern in Buenos Ayres und die Blattern der Indianer. — Monatsheft f. pr. Derm. III, 351.

Tripe. Smal-pox hospitals their influence on surrounding populations. — Lancet Lond. 1885, I. 254.

Verstraeten. Contribution à l'étude de la vaccine. — Ann. Soc. de méd. de Gand. LXII, 169—71.



Vinay. De l'incubation de la variole. — Rev. de méd. Par. IV, 809, 977.

Wallace, A. R. To members of Parliament and others. Forty-five years of registration statistics, proving vaccination to the both useléss and dangerous. In two parts Lond. 1885, 8°.

White, W. The story of a great delusion in a series of matter-of-fact chapters. Lond. 1885, 8°.

Wichmann, J. V. Et dödeligt Tilfälde af varicella. — Nord. med. Ark. Stockh. XVI, Nr. 20, I, p. 1—5.

Wilson, E. T. Small-pox hospitals, their influence on surrounding populations. — Lancet Lond. 1885, I, 253.

Wolffberg, S. Untersuchungen zur Theorie des Impfschutzes, sowie über die Regeneration der Pockenanlage. — Ergänzungsheft zum Centralbl. für allg. Gesundheitspfl. Bonn, 1884—5, I, 183—275.

Neuritische (durch Erkrankung **sensibler** (zugleich trophischer?) Nervenelemente **bedingte** A.) **Dermatosen.**

Boulanger, L. Contribution à l'étude de la fièvre zoster, zona infectieux. Thèse. Par. 1885, 4°.

Chapman. Herpes laryngis. New York med. Journ. 1884, Oct. 18.

Descroizilles. De quelques affections fébriles qu'on, peut intituler fèvres herpétiques. — Rev. mens. d. mal. de l'enf. Par. II, 510—20.

Descroizilles. Eruption confluente d'herpès circine. — France méd. Par. II, 1805—8.

Deshayes. C. Observation de zona de la cinquième paire. — Assoc. Franç. pour l'avanc. d. sc. Compt. rend. 1883. Par. 1884, XII, 709.

Finny, J. M. A case of double, or bilateral herpes zoster. — Brit. med. Journ. 1885, I, 67.

Fischer, F. Ueber Pseudoherpes des Larynx u. Pharynx. — Berl. klin. Woch. XXI, 798.

Grognot. Herpès opalin de la gorge et du larynx. — Concours méd. Par. VI, 643—6.

Lange. Eine Zosterepidemie. — Allg. med. Central-Zeitg. Berlin. LIII, p. 1409.

Ollivier, A. Nouvelles recherches sur la pathogénie de l'angine herpétique. — Union méd. Par. 3 S. XXXVIII, 685—92.



Voigt, E. Ueber Complication von Herpes Zoster occipito-collaris mit schwerer peripherer gleichzeitiger Facialparalyse. — St. Petersb. med. Woch. N. F. I, 449.

Stauungs - Dermatosen (Dermatosen mit **vorwaltender passiver** Circulationsstörung. A.).

Bordoni Uffreduzzi, G. Sul decubito. — Giorn. d. r. Accad. di med. di Torino. 3 Ser. XXXII, 572—96 u. 1 Taf.

Cénas. Sclérodermie; variété brune. — Gaz. méd.-chir. de Toulouse 1885, XVII, 17—20; Loire méd. St. Étienne 1885, IV, 4—11.

Chevalier, P. Traitement des ulcères variqueux par les incisions libératrices; application de ce procédé à d'autrès variétés d'ulcères chroniques. Thèse. Paris 4°.

Crocker, H. R. Clinical lectures on scleroderma. — Lancet. London, 1885, I, 191, 237.

Curtis, B. F. A dispensary dressing for ulcers of the leg. — New York Med. Journ. XL, 514.

De Camp, W. H. Ulcers and their treatment. — Detroit Lancet, 1884—85, N. S. VIII, 248—51.

Deschamps, E. Étude sur quelque ulcérations rares et non vénériennes de la vulve et du vagin (tuberculose; cancroide primitif; esthiomène). — Arch. de Tocol. Paris, 1885, XII, 19, 120 u. 1 Taf.

Duckworth, D. Perforating ulcers of feet in a case of locomotor ataxia (tabes spinalis). — Transact. of the Clin. Soc. London, XVII, 231.

Dunlop, J. Leg amputated for a very extensive circular ulcer. — Glasgow Med. Journ. 1885. 4 Ser. XXIII, 61—63.

Eichhoff. Zur Aetiologie der „multiplen kachektischen Hautgangrän". — Deutsche med. Wochensch. X, 760.

Finlayson, J. On the occurrence of symmetrical gangrene of the extremities in a case of scleroderma adultorum. — Med. Chron. Manchester 1884—5, I, 315—8.

Gilson, H. Ulcération; ulcère. — N. diction. de méd. et chir. prat. Par. 1885, XXXVII, 41—72.

Graham, J. E. Acute circumscribed cutaneous oedema. — Canada Pract. Toronto 1885, X, 33—5.

Hardy. Mal plantaire; étiologie et pathogénie. — Gaz. d. hôp. Par. LVII, 1121.



King, C. P. Cronic ulcer of the leg successfully treated. — Cincinnati Lancet and Clin. N. S. XIII, 685.

Maas. Ueber Operationen zur Heilung von Geschwüren der Fersengegend. — Sitzungsber. der physik.-med. Gesellsch. zu Würzburg, 81–83.

Mac Mechan, J.C. A case of rendet ulcer. — Cincinnati Lancet and Clin. 1885. N. S. XIV, 132—40.

Olivier, A. J. Sclerodermie. Leiden. 8°.

Pronk, D. M. Jets over malum perforans pedis. s' Gravenhage. 8°.

Schütz. Ein 43jähriger Invalide mit Scleroderma diffusum universale, welches vor 2 Jahren mit Steifwerden der Finger begann. — Berl. klin. Woch. XXI, 677.

Silva Lima, J. F. Um caso exceptional de ainhum. — Gaz. med. de Bahia 1884—5. 5 Ser. 205—8 u. 1 Taf.

Treves, F. Treatment of perforating ulcer of the foot. — Lancet. Lond. II, 949—51.

Unna, P. G. Die Stauungsdermatosen des Unterschenkels und ihre Behandlung. — Deutsche Med.-Zeitung. Berlin 1885, I, 1—4.

Kirmisson, E. Du mal perforant chez les diabétiques. — Arch. gén. de méd. Par. 1885, I, 44—59.

Anderson, J. Clinical history of a case of myxoedema. — Lancet. Lond. II, 776—8. Brit. med. Journ. II, 861.

Drewitt, F. D. Case of myxoedema. — Transact. of the Clin. Soc. Lond. XVII, 49—51 u. 3 Taf.

Fraser, D. A case of myxoedema, with recovery, which was marked by profuse perspiration. — Med. Times and Gaz. II, 572.

Harley, J. The pathology of myxoedema as illustrated in a typical case. — Med.-Chir. Transact. Lond. LXVII, 189—204.

Horsley, V. The thyroid gland; its relation to the pathology of myxoedema and cretinism, to the question of the surgical treatment of goitre, and to the general nutrition of the body. — British med. Journ. 1885, I, 111—15; Lancet. Lond. 1884, II, 1133.

Kinnier, D. F. The history of myxoedema; with the report of a case. — Med. Rec. New York 1885, XXVII, 91—93.

Wadsworth, O. F. A case of myxoedema with atrophy of the optic nerves. — Transact. of the Am. Ophth. Soc. 1884. Boston 1885, III, pt. 5. p. 725—7.



Hämorrhagische Dermatosen (ohne **Vorwalten entzündlicher** Wallung oder localer **Stase** in der Haut A.).

Acland, T. Specimens of the thymus gland in cases of haemophilia and purpura. — Lancet. Lond. II, 734.

Gibbons, R. A. Acute purpura haemorrhagica in a child. — Med. Times and Gaz. Lond. 1885, I, 2—5.

Griffith, T. N. Purpura haemorrhagica; death. — Brit. med. Journ. II, 858.

Hryntschak, T. Beitrag zur Frage der Infectiosität des Morbus maculosus Werlhofii. — Arch. f. Kinderh. Stuttgart 1883—4, V, 461—6.

Legg, W. Haemophilia purpura. — Brit. med. Journ. II, 812.

Waugh, W. F. Hydrochlorate of cocaine in purpura haemorrhagica. — Phil. med. Times 1884—85, XV, 380.

Weise Wilhelm. Ueber uterine Blutungen bei Morbus maculosus Werlhofii. Inaug.-Diss. Berlin. 8°, 29.

Ziteke, J. H. Purpura haemorrhagica. — Med. Rec. New York. 1885, XXVII, 9—11.

Betz, F. Zur Lehre vom Scorbut. — Memorab. N. F. IV, 321—49.

Cantani, A. Rhachitis und Scorbut. Klin. Vorträge. Aus dem Ital. v. Fränkel. Leipzig. 8°.

Chevers, N. Scorbutus. — Med. Times and Gaz. II, 774, 880.

Pooley, J. H. Bloody sweat. — Pop. Sc. Month. New York, 1884 bis 1885, XXVI, 357—65.

Vidal, E. C. Peliosis rheumatica. — Journ. of cut. and ven. dis. New York, 1885, III, 7.

Idioneurosen (Functions-Anomalien der cutanen Nervenausbreitungen **ohne trophische Veränderungen** der Haut A.).

Cook, G. J. Pruritus ani. — Transact. Indiana Med. Soc. Indianap. XXXIV, 164—74. Fort Wayne Journ. of Med. Sc. 1884—5, IV, 225—35.

Hebra, H. Was sind die Prurigo-Knötchen? — Zeitsch. f. Ther. mit Einbezieh. d. Elekt. u. Hydrother. Wien, II, 187—80.

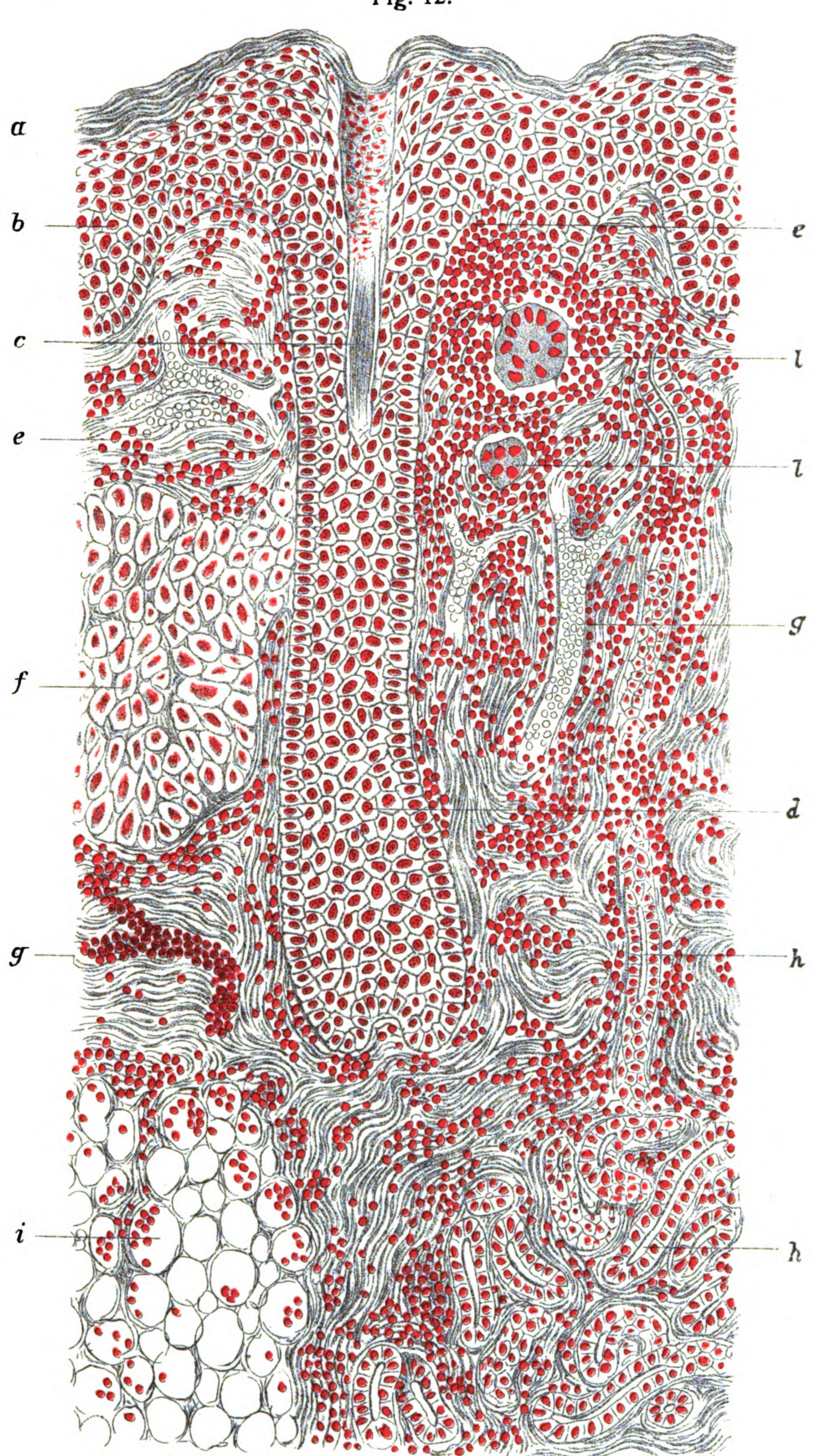
Maynard, W. J. Chronic pruritus. — Journ. of cut. and ven. dis. New York, 1885, III, 42—4.

Epidermidosen (**Wachsthums-Anomalien** der Haut von **epithelialem** Ursprung und Typus A.).

Reynold, H. J. Psoriasis. — Chicago Med. Journ. and Exam. 1885, L, 7—9.



Fig. 12.



NEUMANN: Histolog. Veränd. bei den Hautsyphiliden.

Druck v. Sinsel & Co., G. m. b. H., Oetz.

Van Harlingen, A. The treatment of psoriasis. — Proc. Phil. Co. Med. Soc. Phil. 1883—84, VI, 44—51.

White, J. C. Psoriasis; verruca; epithelioma; a sequence. — Am. Journ. of Med. Sc. Phil. 1885, N. S. LXXXIX, 167—173.

Gamberini, P. La dermite esfogliativa universale quale trasformazione del psoriasi. — Gior. internaz. d. sc. med. Napoli, NS. VI, 808—15.

Cénas. Maladie d'Addison, collapsus acétonémique. — Loire méd. St. Etienne. III, 305—307.

Church, H. M. A case of Addison's disease at an unsually early age, with description of microscopic sections of the supra-renal capsules. — Transact. Med.-Chir. Soc. Edinb. 1883—84, N. S. III, 84—86.

Coupland. Atrophie of adrenals with Addisson's disease. — British med. Journ. 1885, I, 281.

Demiéville, P. Deux cas de maladie d'Addison. — Rev. méd. de la Suisse Rom. Genève, IV, 489—501.

Tissier. Tuberculose pulmonaire et surrénale; maladie d'Addison. — Bull. Soc. anat. de Paris. LIX, 261—264. Progrès méd. Paris, XII, 1098.

Jürgens, R. Ueber anatomische Veränderungen bei Morbus Addisonii. — Tagblatt d. Versammlung deutscher Naturf. u. Aerzte. Magdeb. LVII, 335.

Macphail, S. R. Notes of a case of Addison's disease associated with insanity. — Journ. of Ment. Sc. Lond. 1884—5, XXX, 556—61.

Sell, A. Tilfaelde af „Lingva nigra". — Hosp.-Tidende. Kjobenh. 1885, 3 R. III, 87—9.

Balzer, F. Note pour les altérations du tissu élastique dans le xanthélasma. — Bull. Soc. anat. de Par. LIX, 387—91.

Behrend, G. Ueber Knotenbildung am Haarschaft. — Deutsche med. Wochenschrift. 1885, XI, p. 139.

Bogoloubov, N. Sluchai lichen scrophulosorum. — Protok. zasaid. Obsh. Morsk. vrach. v. Kronstadt. 47—53.

Buch, M. Ein Fall von einseitiger Entzündung der Musculi peronei in Folge eines Leichdorns. — St. Petersburg med. Wochenschr. N. F. I, 502.

Cardarelli, A. Un caso di modificazione del pigmento cutaneo per disturbo nervoso. — Riv. clin. d. Univ. di Napoli V, 58—61.



Colrat. Contribution à l'étude di pemphigus épidémique. — Rev. de méd. Par. IV, 935—43.

Crocker, H. R. Three cases of xeroderma pigmentosum Kaposi, or astrophoderma pigmentosum. — Med.-chir. Transact. Lond. LXVII, 169—88 und 3 Tafeln.

De Amicis, T. Di un singolarissimo caso d'istricismo con seborrea universale (Sauriosis spinosa, Wilson) — Gior. ital. d. mal. ven. Milano. XIX, 337—357 u. 4 Taf.; Resoc. Accad. med.-chir. di Napoli XXXVIII, 116—135 u. 4 Taf.

Dunbar Lewis. Ueber Pigmentirungen der Haut. Inaug.-Diss. Berlin. 8°, 29.

Fournier, A. Sur le lichen plan. — Journ. de méd. et de chir. prat. Par. LV, 496—99,

Fremmert, H. Zur Casuistik der Leukoplakie. — St. Petersburg, med. Woch. 1885, NS. II, 4.

Greenough, F. B. Raised circular patches on the palmar surface of over two years' duration. — Boston Med. and Surg. Journ. 1885, CXII, 86.

Guldberg, G. A. Ueber die Nagelmatrix und die Verhornung des Nagels. — Monatsh. f. pr. Derm. 1885, IV, 7—16.

Jackson, G. T. Canities. — Journ. of cut. and ven. dis. NewYork, 1885, III, 38—42.

Isdell, V. C. Case of the restauration of the natural colour of the human hair after having been grey for several years. — Med. Times and Gaz. II, 680.

Leviseur, F. Beitrag zur Kenntniss des Pemphigus. Göttingen 8°.

Mackenzie, S. Two cases of lichen planus, in which eruption was distributed along the course of cutaneous nerves, with remarks on the influence of the nervous system in the disposition of cutaneous eruptions. — Brit. med. Journ. II, 1077; M. Times and Gaz. II, 760.

Mendez, J. Esclerodermin. (Lesion trofica.) Buenos Aires 8°, Thése.

Petrone, L. M. Contribuzioni sul pemphigo acuto infettivo. — Gazz. med. ital. Lomb. Mil. 8 Ser. VI, 343—345.

Schuchardt, K. Ein behaarter Rachenpolyp (parasitäre Doppelmissbildung). — Centralbl. f. Chir. Leipzig, XI, 673—75.

Sehlen, von. Zur Aetiologie der Alopecia areata. — Virchow's Arch. 1885, XCIX, 327—53 und 2 Taf.

Suggett, W. L. Pompholyx solitarius gangrenosa. — Louisville med. News. 1885, XIX, 50.

Thin, G. Cases of thickened epidermis treated by salicylic plaster. — Transact. of the Clin. Soc. Lond. XVII, 45—8.

Unna, P. G. Zur Klinik und Therapie des Lichen ruber. — St. Petersb. med. Woch. N. F. I, 447, 455, 463, 475, 487; transl. Med. Bull. Phil. 1883, VII, 35—39.

Ivanovsky, N. P. (Ueber Epithelialkrebs und phagedänische Geschwüre) Trudi Obsh, Russk. vrach, St. Petersb. I, Nr. I, 40—44.

Kraske, P. Ueber die Entstehung secundärer Krebsgeschwülste durch Impfung. — Centralbl. f. Chir. Leipzig, XI, 801—6.

Ménière, E Tumeur épithéliale du conduit auditif externe; repullulation rapide; opération; guérison. — Gaz. d. hôp. LVII, 1172.

Mollière, D. Papillome. — Dict. encyc. d. sc. méd. Par. 2 S. XX, 466—77.

Moos, S. Carcinoma of the cutaneous-cartilaginous portion of the meatus, with perforation of the auricle, extension of the growth to the lower portion of the mastoid process, and paralysis of the facial nerve. Transl. by J. A. Spalding. — Arch. of Otol. New York, XIII, 239.

Nimsch, Johannes. Ein Fall von Cancroid der äusseren Genitalien des Weibes. Inaug.-Diss. Greifswald 8⁰, 25.

Pascale, G. Il cancroide della cute, sua classifica e suo trattamento. — Giorn. internaz. d. sc. med. Napoli N. S. VI, 643, 705.

Weiss, W. Carcinoma faciei. — Aerztl. Ber. d. k. k. allgem. Krnknhs. zu Prag (1882) 1884, 139—47.

Chorioblastosen. (**Wachsthums-Anomalien** der Haut von **bindegewebigem** Ursprung und Typus A.)

Brocq, L. Remarques sur le traitement du lupus etc. — Journ. de méd. de Paris, VII, 681—686.

Doutrelepont. Meningitis tuberculosa nach Lupus; Tuberkelbacillen im Blut. — Deutsche med. Wochensch. 1885, XI, Nr. 7.

Duncan, J. M. On haemorrhagic lupus of the female genital organs. — Transact. of the Edinb. Obst. Soc. 1883—84, IX, 95—99 u. 1 Taf.; Med. Times and Gaz. II, 671—3.

Haslund, A. Relations of lupus vulgaris and (phthisis) tuberculosis. — Med. Bull. Phil. VI, 263.



Macdonald, A. Lupus of the vulvo-anal region; with cases. — Trans. of the Edinb. Obst. Soc. 1883—84, IX, 49—60 u. 1 Taf.

— Lupus of vulva. — Ibid. 159 u. Edinb. Med. Journ. 1884—1885, XXX, 404—406.

Mangold, Ernst. Zur Aetiologie des Lupus. Inaug.-Diss. Greifsw. 8°, 23 u. 1 Taf.

Smith, W. G. On lupus and its treatment. — Dublin. Journ. of the Med. Sc. 1885, 3 Ser. LXXIX, 89—100.

Stowers, T. H. The treatment of lupus. — Brit. med. Journ. 1885, I, 11.

Calmette, A. Note analytique sur la filaire du sang humain et éléphantiasis des Arabes d'après les travaux du docteur P. Manson. — Arch. de méd. nav. Par. XLII, 456—66.

Campana. Della transmissibilità della lepra negli animali brutti; osservazioni sperimentali. Communicazione preventiva. — In: (Jahresbericht der dermat. Klinik der Universität Genua) 1884.

Castañeda, G. J. Tratamiento parasiticida de la lepra. — Rev. méd. Bogotá 1883—4, VIII, 513—20.

Labbé, E. Observation relative à un cas de lèpre anesthésique. — Bull. et mém. Soc. de hôp. de Par. 3 Sér. I, 401.

Landré, C. Sur la contagion de la lèpre. Cong. internat. de méd. e colonies 1883. Amst. 1884, 277—9.

Masini, O. Contributo allo studio della anatomia patologica della lepra nel laringe. — Bull. d. mal. d. orecchio, di gola e d. naso. Firenze, II, 125—32.

Mac Hatton, H. The propagation of leprosy. — Transact. of the Med. Ass. Georgia. Atlanta 283—289.

Morison, R. B. Notes on a case of elephantiasis Arabum. — Maryland Med. Journ. Balt. 1884—5, XII, 311.

Neve, A. On nerve stretching for anaesthetic leprosy; a record of 190 operations performed in the Kashmir Mission Hospital. — Edinb. Med. Journ. 1884—85, XXX, 433—436.

Petrone, L. M. Ricerche sperimentali sulla natura della lebbra e del lupo. — Sperimentale. Firenze 1884, LIV, 353—355.

Rosenbach, P. (Die neuropathischen Erscheinungen in ihrer Beziehung zur Lepra.) Vestnik klin. i sudebnoi psichiat. i nevropatal. St. Petersb. II, Nr. I, 253—263.

Silva Araujo. Mais uma vez o tratamento da elephància pela



electricidade. — Uniao med. Rio de Janeiro IV, 365–391 (385—411).

Stoddard, A. G. History of a case of tubercular leprosy, occurring in Renville Co. Minnesota. — Journ. of cut. and ven. dis. New York, II, 372—374 u. 1 Taf.

Vossius, A. Uebertragungsversuche von Lepra auf Kaninchen durch Impfung in die vordere Augenkammer, im Anschluss an einen Fall von Lepra Arabum. — Ber. ü. d. Versamml. d. ophth. Gesellschaft. Stuttg. XVI, 27—54 u. 1 Taf.

Wellberg, J. Klinische Beiträge zur Kenntniss der Lepra in den Ostseeprovinzen Russlands. Dorpat 1885, 4°, 3 Taf.

Jardet. Myome sous-cutané douloureux. — Bull. Soc. anat. de Paris, LIX, 244.

Lee, R. Short notice of a second case of creeping eruption similar to that described in Vol. VIII Clinical Society's Transactions. — Tr. Clin. Soc. Lond. XVII, 75.

Mac Donnell, R. L. Keloid tumors. — Canada Med. Record. Montreal 1884–85, XIII, 1.

Morton, T. G. Extensive keloid, producing great disfigurement of the face and neck. — Phil. Med. Times 1884—5, XV, 319.

Rimbault. Observation de nodosités sous-cutanées. — Loire méd. St. Étienne. III, 148—152.

Rindfleisch. Mycosis fungoides (Alibert); multiple, beerschwammähnliche Papillargeschwulst (Köbner); Sarcomatosis generalis (Kaposi); Lymphadénie cutanée (Vidal, Hillairet, Galliard, Amicis); Granuloma fungoides (Auspitz, Neisser). — Deutsche med. Wochensch. Berlin, 1885, XI, 233—235.

Róna, S. A köztakaró gombaszerü lobos uj képletei. (Entzündlich fungöse Geschwulst der Haut (Geber); Granuloma fungoides (Auspitz); Mycosis fungoides (Alibert).) — Gyógyászat Budapest 1885, XXV, 1—7.

Saussol. Note sur quelques erreurs de diagnostic de la gale. — Gaz. hebd. d. Sc. méd. de Montp. 1885, VII, 27—29.

Shepherd. Sarcoma of the skin and cellular tissue abouth the ankle; amputation; recovery. — Canada Med. Rec. Montreal 1884—1885, XIII, 5.

Theoktistov, A. E. (Chirurgische Behandlung der Keloide.) — Vrach St. Petersb. V, 729—31.

Volkmann, R. Tuberculose der äusseren Hautdecken und des



Zellgewebes. In dessen „Chirurgische Erfahrungen über Tuberculose". — Wien. med. Blätter 1885, VIII, p. 482.

Weiss, W. Cornu cutaneum auriculae. — Aerztl. Ber. des k. k. allg. Krankenh. zu Prag (1882) 1884, 127.

Dermatomykosen. (Pilzkrankheiten der **Haut** und ihrer Anhänge A.)

Alexander, W. T. Notes on the treatment of an epidemic of ringworm of the scalp in a public institution. — Journ. of cut. and ven. dis. New York, 1885, III, 33—37.

Anderson, L. B. So-called parasitic diseases. — Gaillards Med. Journ. New York. XXXVIII, 481—7.

Balger, F. et Dubreuilh. Observations et recherches sur l'érythrasma et sur les parasites de la peau à l'état normal. — Ann. de derm. et sy. Par. 2 S. V, 597, 661.

Benedetti, G. E. Alcune analisi chimiche, microscopiche, cromocitometriche (orina, feci, sangue) nei pellagrosi. — Gazz. med. di Torino XXXV, 673—81.

Bizzozero, J. Ueber die Mikrophyten der normalen Oberhaut des Menschen. — Virchow's Arch. XCVIII, 441—459 u. 1 Taf.

Brass, Arnold. Die thierischen Parasiten des Menschen. Cassel 8°, p. 130, 6 Taf. u. 1 Tab.

De Blois, A. Contribution à l'étude de la trichophytie. — Union méd. du Canada. Montréal XIII, 481—7.

De Blois, A. Contribution à l'étude de la trichophytie. — Union méd. du Canada. Montréal XIII, 529—36.

Engel, F. Spirochaete Obermeier constatirt in Egypten (Typhus exanthematicus ebendaselbst.) — Berl. klin. Wochsch. XXI, 749.

Kaposi, M. Fall von Favus universalis. — Anz. d. k. k. Ges. d. Aerzte zu Wien. 1884 - 85. 5—7.

Köbner, H. Erythrasma. — Monatsh. f. pr. Derm. III, 349—51.

Lee, R. J. Ringworm. — Med. Press and Cir. Lond. N. S. XXXVIII, 413.

Liveing, R. Oleate of copper and hyposulphite of soda in ringworm. — Brit. med. Journ. II, 1189.

Majocchi, D. Sopra alcuni cambiamenti morfologici del trichophyton. — Giorn. ital. d. mal. ven. Mil. XIX, 209—229.



Marcy, H. O. The relation of bacteria to infectious diseases. — Journ. of the Am. Med. Ass. Chicago, III, 564—72.

Miller, W. D. Zur Kenntniss der Bakterien in der Mundhöhle. — Deutsche med. Wochschr. X, 781.

Nunez, B. R. La tricoficia y su tratamiento por el acido salicilico. These. Buenos Aires. 8°.

Parker, Kate. Favous in an infant. — Journ. of cut. and ven. dis. 1885, III, 44.

Passet. Ueber Mikroorganismen der eitrigen Zellgewebsentzündung des Menschen. — Fortschr. d. Med. 1885, III, Nr. 2, 3.

Riehl, G. Ueber Erythrasma. — Wiener med. Wochenschr. XXXIV. 1209—12.

Simpson, J. W. A lecture on infectious diseases. — San. Journ. Glasgow 1884—85, NS. VIII, 321—35.

Venegas y Cañizares, M. J. Contributions à l'étude du traitement des teignes. Thèse (Par.) Le Mans 1885, 4°.

Weichselbaum, A. Ueber Aetiologie und path. Anatomie der Infections-Krankheiten. — Wiener med. Blätter. 1885, VIII. 5, 39, 71, 103, 136, 166, 196.

Wolff, A. Ueber das Auftreten, die Prophylaxis und Therapie des Soor und der Intertrigo bei Säuglingen in den zwei ersten Lebenswochen. — Arch. für Gynäk. Berlin. XXIV, 487—96 u. 2 Taf.

Venerische Krankheiten.

Allgemeine Abhandlungen und Geschichte.

Belfield, W. T. Diseases of the urinary and male sexual organs. New York. 8°.

Carlsen, J. Bemaerkninger i Anlednig af fhv. Stifslaege Giersings „Statistik over veneriske" sygdomme o. s. v. — In: Ugeskrift for Laeger. Kjobenhavn, 1885, 4 R. IX, pp. 21, 49.

Cooper, A. Syphilis; its prevalence, nature and treatment. — British med. Journ. London. II, p. 755.

Fongoli, Luigi. Manuale delle malattie veneree, sifilitiche e della pelle, da servire per gli studenti e per i medici pratici. Napoli, 12°. p. 364.



Galtier-Boissière, M. E. Des manifestations de la syphilis. Paris, 1885, 8°.

Kopff, L. Sprawozdanie naukowe z ruchu chorych w téjże klinice w ciągu roku szokal: 1883 i 1884. (Klinischer Jahresbericht über venerische und Hautkrankheiten.) — In: Przegląd lekarski. Kraków, 1884, XXIII, pp. 567, 579, 591, 604, 621, 634, 645.

Lang, Eduard. Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. Zweite Hälfte. Erste Abtheilung. Mit Holzschnitten. Wiesbaden, 1885, 8°, pp. VIII, 199—434.

Thompson, Henry. Lectures on some important points connected with the surgery of the urinary organs, delivered in the Royal College of Surgeons, London. Philadelphia, 8°, p. 147.

Breitenstein, H. Die Syphilis in Indien. — Wiener med. Presse. XXIV, pp. 1435, 1468, 1497, 1530.

Corradi, Alfonso. Nuovi documenti per la storia delle malattie veneree in Italia dalla fine del quadrocento alla meta del cinquecento. Milano, 8°, p. 100. — Aus: Annali univers. di med. e chir. Milano, CCLXIX, p. 289—386.

Gamberini, P. Compendio dell' opera del Luisini la quale contiene gli scritti degli antichi sifilografi italiani. — Giornale ital. delle mal. veneree. Milano, XIX, p. 321—337.

Lee, H. Syphilis in Denmark. — Lancet. London, II, p. 948.

Macgowan, D. J. Notes on Chinese syphilography. — China Imp. Customs. Med. Report. Shanghai, XXVII, p. 12—16.

Roussel, A. Note sur l'histoire de la syphilis au XVme et au XVIme siècles. — Loire méd. St. Étienne, III, p. 345—351.

Gonorrhoe und ihre Folgezustände.

Barduzzi, D. Sulla terapia locale della cistite blenorragica acuta. — Comment. clin. d. mal. d. org. genito-urin. Pisa, I, p. 110—114.

Barduzzi, D. Sulla cura abortiva della blenorragia. — Giorn. internaz. d. sc. med. Napoli, N. S. VI, p. 1002.

Barlett, E. A. Cocain in urethral surgery. — Med. News. Philadelphia, 1885, XLVI, p. 138.

Belleli, V. Recherches sur le gonococcus de Neisser dans un bureau de visite des prostituées. — Union med. egiz. Alessandria, I. Nr. 8.



Blumenfeld, A. Ueber die Verwendung des Cocains zur Anästhesirung der Urethra. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, X, p. 816.

Bromley, R. J. Treatment of cervical catarrh by hot water retrojection. — Pacific med. and surg. Journ. San Francisco, 1884—85, XXVII, p. 258—261.

Bumm, Ernst. Der Mikroorganismus der gonorrhoischen Schleimhaut-Erkrankung „Gonococcus Neisser“. Nach Untersuchungen beim Weibe und an der Conjunctiva der Neugebornen dargestellt. Wiesbaden, 1885. 8⁰, pp. VII, 146 u. 4 Taf.

Campana, R. Follicolite blenorragica. — Giorn. ital. delle mal. veneree. Milano, XIX, p. 193—197 u. 1 Taf.

Cates, A. B. A case of gonorrhoeal rheumatism. — Northwestern Lancet. St. Paul, 1884—85, IV, p. 144.

Chaud, K. Haematuria due to the presence of a leech in the urethra. — Indian med. Gaz. Calcutta, 1885, XX, p. 8.

Currier, A. F. Gonorrhoea in the female. — New York med. Journ. 1885, XLI, p. 39—43.

Delorme, E. De la nature et du traitement de la blennorrhagie chez l'homme d'après les travaux récents. — Arch. de méd. et pharm. milit. Paris, 1885, V. p. 15—31.

Dixon, R. B. Cocaine in the dilatation of urethral strictures. — Boston med. and surg. Journ. 1885, CXII, p. 202.

Dreyfus-Brisac, L. Du parasite de la blennorrhagie. — Gaz. hebdomad. de méd. Paris, 2 Sér. XXI, p. 834—837.

Ehrhardt, Ernst. Ueber chronische Ulcerationen an der weiblichen Harnröhre. Inaugural-Dissertation. Berlin, 8⁰, p. 30.

Éraud, J. De l'uréthrite postérieure simple ou compliquée. — Lyon méd. 1885, XLVIII, pp. 113, 152.

Filven, Y. M. A. De l'orchite consécutive au passage d'instruments dans le canal de l'urèthre. Thèse. Paris, 4⁰.

Funk. (Injectionen im acuten Stadium der Urethritis.) — Gaz. lekarska, Warszawa, 1885, 2 Ser. V, p. 95—98.

Guyon. Diagnostic différentiel de la cystite tuberculeuse et de la cystite blennorrhagique. — Annales d. mal. d. organ. génito-urin. Paris, II, p. 586—608.

Hassenplug, G. K. Gonorrhoeal ophthalmia; its dangers and treatment. — Denver med. Times. 1884—85. IV, p. 136—140.



Hawes, J. A new scrotal compressor. — Med. R Newecord. York, XXVI, p. 529.

Hermet. Des altérations de l'ouie dans le rhumatisme blennorrhagique. — Union méd. Paris, 3 Sér. XXXVIII, p. 1059—1062.

Hopkins, B. W. A new method of strapping the testicle. — Philadelphia med. Times. 1884—85, XV, p. 350.

Johnson, J. F. Cystitis in the female. — Maryland med. Journ. Baltimore, 1884—85, XII, p. 151—154.

Leake, H. K. Intravesical injections of nitrate of silver. — Med. Record. New York, XXVI, p. 501.

Lundberg, V. Cystitis acuta; abscessus prostate. — Tidskrift i milit. Helsor. Stockholm, IX, p. 431—433.

Macdonald, A. Cystitis; five cases. — Edinburgh med. Journ. 1884—85, XXX, p. 498—501.

Macdonald, A. Uterine catarrh. — Transactions of the Edinburgh Obstetr. Society. 1883—84, IX, p. 497.

Maglieri, C. Di una rara forma di cistite; contribuzione clinica alla patologia dei morbi vesicali — Morgagni. Napoli, XXVI, p. 721 bis 724.

Menacho, M. Noticia sobre el tratamiento de la blennorragia en la muyer y principalmente de sus localizaciones. — Gaceta méd. catal. Barcelona, VII, p. 590—593; Clinica navarra. Pamplona, I, N. 21.

Mitchell, J. T. Epididymitis; its causes. — Med. Index. Kansas City, V, p. 388.

Nerici, U. Contributo alla cura dei restringenti uretrali. — Giornale internazion. d. sc. med. Napoli, N. S. VI, pp. 652, 696.

Oppenheimer, O. Untersuchungen über den Gonococcus (Neisser). — Arch. f. Gynäk. Berlin, 1884—85, XXV, p. 51—74.

Patamia, C. Effetti dell' uso prolungato della dilatazione nei casi di restringenti uretrali. — Giornale internazion. d. sc. méd. Napoli, N. S. VI, p. 877.

Pontoppidan, E. Om Diagnosen og Behandlingen af den kroniske Uretritis. — Hospitals-Tidende. Kjöbenhavn, 3 R. II, p. 1177 bis 1189.

Power, R. E. Stricture of urethra; „catheter fever"; albuminuria; recovery. — British med. Journ. London, II, p. 962.

Reed, C. A. L. Urethral disease in the female. — Cincinnati Lancet and Clinic. 1885, N. S. XIV, p. 76.



Reed, R. Harvey. Irritation of the prostate. Columbus, 8°, p. 7; aus Columbus med. Journ.

Robbins, C. W. A new method of making intravesical injections, and its value in the treatment of cystitis. — Med. Record. New York, XXVI, p. 704.

Sänger. Ueber gonorrhoische Erkrankung der Uterusadnexe und deren operative Behandlung. — Arch. f. Gynäkol. Berlin, 1884—85, XXV, p. 126—133.

Schell, W. Some cases illustrating the use of the endoscope in the treatment of spermatorrhoea, goutte militaire, and in the diagnosis of urethral chancre. — Louisville med. News. XVIII, p. 289.

Settier, A. Un caso de uretritis de origen reumático. — Siglo méd. Madrid, XXXI, p. 613—615.

Shah, T. M. Pyaemia following gonorrhoea; recovery. — Indian med. Gaz. Calcutta, XIX, p. 328.

Soffiantini, G. Ulcero fagedenico con emorragia grave; uretrite; iscuria; prostatite suppurata; puntura capillare della vesica; fungo benigno del testicolo sinistro; guarigione. — Giornale ital. d. mal. veneree. Milano, XIX, p. 289—294.

Stocquart. Moyen facile et rapide de guérir l'orchi-epididymite blennorrhagique par l'emplâtre de Vigo et le suspensoir ouaté. — Annales de dermat. et syph. Paris, 1885, 2 Sér. VI, p. 20—22.

Tédenat. Contribution à l'étude de l'orchite ourlienne. — Montpellier méd. 2 Sér. III, p. 181—190.

Thiry. Note sur trois cas de balano-posthite gangréneuse, se rattachant à un état insidieux de l' organisme à une perversion du système nerveux ganglionnaire. — Presse méd. belge. Bruxelles, XXXIV, p. 321—324.

Thompson, H. Du diagnostic systématique des maladies urinaires; exploration digitale de la vessie et ses résultats. — Annales d. mal. d. organ. génito-urin. Paris, II, p. 734—743.

Tommasoli, P. Del reumatismo blenorragico. — Giornale ital. d. mal. veneree. Milano, XIX, p. 257—289.

Tommasoli, P. Il salicilato di soda nella cura, dell' epididymite acuta blenorragica. — Ebenda, p. 197.

Ultzmann, R. Traitement de la pyurie. (Uebersetzt von H. Picard.) — Progrès méd. Paris, XII, pp. 845, 865.

Ultzmann, Robert. Pyuria; or, pus in the urine, and its treat-



ment comprising the diagnosis and of acute and chronic urethritis, prostatitis, cystitis and pyelitis, with especial reference to their local treatment. Translated, by permission, by Walter B. Platt. New York, 8° p. 98.

Ultzmann, R. Pyuria and its treatment. Translated by G. G. Kinloch. — North Carolina med. Journ. Wilmington, 1884, XIV, p. 289—300; 1885, XV, pp. 1—9, 53—60.

Walker, H. O. Exploration of the male urethra. — Transactions of the Michigan med. Society. Lansing, VIII, p. 552—556.

Walsham, W. J. A new form of dilator for stricture of the urethra. — Lancet. London, II, p. 1088.

Wathen, W. H. Urethral caruncles. — Med. Herald. Louisville, 1884—85, VI, p. 450—453.

Welander, E. Har vår kännedom om gonokocherma ännu medfört någon nytta vid behandlingen af gonorrhén. — Hygiea. Stockholm, 1885, XLVII, p. 1—18 und 1 Tafel.

Syphilitische Initialformen, Bubonen und Geschwüre.

Barduzzi, D. Del valore della escisione dell' ulcera sifilitica. — Giornale ital. d. mal. veneree. Milano, XIX, p. 199—208.

Bernard, A. Notes on four cases of mediate syphilitic infection in glass-blowers. — Liverpool med.-chir. Journ. 1885, V, p. 183—186.

Brincken, von. Ulcus durum auf der Innenfläche der oberen Augenlider. — Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde, Stuttgart, XXII, p. 371—375.

Deschamps, E. Étude sur quelques ulcérations rares et non vénériennes de la vulve et du vagin (tuberculose; cancroide primitif; esthiomène). — Arch. de tocolog. Paris, 1885, XII, pp. 19, 120, 221 und 1 Tafel.

Fasola, E. Contributo allo studio dell' indurimento scleroso e dello scleroma sifilitico ai genitali femminei e del loro rapporto colla gravidanza, col parto e col puerperio. — Annali di ostetric. Milano, VI, p. 482—509.

Gibier, P. Le virus des chancres et bubons vénériens non syphilitiques. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVII, p. 1155.

Hill, B. The treatment of phimosis without operation. — British med. Journ. London, 1885, I, p. 226.



Hooker, S. An unusually severe case of syphilis acquired without any primare sore. — Lancet. London, II, p. 1045.

Janovsky, Ueber neue Verbandmethoden bei der Behandlung der Bubonen. — Wiener med. Presse. XXV, p. 1629.

Latouche, F. Du chancre non infectant et du bubon chancreux considérés spécialement au point de vue de leur traitement. — Revue de clin. med.-chir. Paris 1884—85, I, pp. 76, 123.

Lopez de Heredia, F. De la excision del chancro sifilitico como medio de prevenir las manifestaciones generales de la sifilis. — Revista de med. y chir. práct. Madrid, XV, p. 349—355.

Lustgarten, S. Ueber specifische Bacillen in syphilitischen Krankheitsprodukten. — Wiener med. Wochenschr. XXXIV, p. 1389.

Lustgarten, Sigm. Die Syphilisbacillen. Wien, 8°, p. 23. — Sonderdruck aus: Med. Jahrbücher Wien.

Neumann, I. Ueber Induration der Lymphgefässe, die sogenannten Lymphgefässstränge. — Allgem. Wiener medic. Zeitung, 1885, XXX, p. 141.

Schadek, K. Die syphilitischen Primärsklerosen des Rachens. Kiew, 8°, p. 41. (Russisch.)

Straus, I. Sur la virulence du bubon qui accompagne le chancre mou. — Annales de dermat. et syph. Paris, 1885, 2 Sér., VI, p. 9—11; France méd. Paris, 1884, II, p. 1784—1786.

Thiry. Du phagédénisme chancreux; chancre phagédénique en gland compliqué de gangrène; caractère insidieux de celle-ci. — Presse méd. belge. Bruxelles, XXXVI, p. 69—371.

Van Harlingen, A. A case of chancre of the eyelid produced by inoculation through a contused wound. — Policlinic. Philadelphia, II, p. 69.

Van Harlingen, A. Ten cases of extra-genital chancre. — Philadelphia med. Times. 1884—85, XV, p. 80—84.

Watraszewski, von. Ueber die Excision syphilitischer Primäraffectionen. — St. Petersburger med. Wochenschr. N. F. I, p. 424.

Constitutionelle Erkrankungen und Condylome.

Adamkiewicz. Die anatomischen Veränderungen des Rückenmarkes bei Tabes, nach neueren Untersuchungen. — Wiener med. Presse. 1885, XXVI, p. 112—115.



Alexander, C. Ein Fall von gummösen Geschwülsten der Hirnrinde. — Breslauer ärztl. Zeitschrift VI, p. 265—267.

Althaus, J. Case of sifilitic (?) tumours of the cerebral membranes. — Transactions of the clin. soc. of London. XVII, p. 25—31.

Andronico, C. La sifilide in rapporto alle psicopatie. — Il Morgagni. Napoli, XXVI, p. 691—697.

Barbier, J. De l'épilepsie syphilitique et de son diagnostic différentiel avec épilepsie vulgaire. Thèse. Paris, 1885, 4⁰.

Baroux, P. J. E. De l'artérite syphilitique et spécialement de sa forme aiguë. Thèse. Paris, 4⁰.

Bartels, C. Les maladies des reins. Traduit de l'Allemand par le Dr. Edelmann avec préface et additions par le Dr. Lépine. Paris, 8⁰, p. 705.

Berger, O. Ueber die ätiologischen Beziehungen zwischen Syphilis und Tabes. — Tageblatt der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Magdeburg, LVII, p. 262; Deutsche med. Wochenschr. Berlin, 1885, XI, pp. 1, 20.

Bourdin, A. E. Contribution á l'étude des principaux facteurs de gravité dans la syphilis. Thèse. Paris, 1885, 4⁰.

Brandis, Julius. Ein Fall von Dickdarmsyphilis. Inaugural-Dissertation. Kiel, 8⁰, p. 19.

Bramwell, Byron. Diseases of the spinal cord. Second edition. Edinburgh, 8⁰, p. 375 und 31 Tafeln.

Cantarano, G. Un altro caso di colorazione bronzina della cute per sifilide pigmentaria atipica. — Resoc. Accad. med.-chir. di Napoli, XXXVIII, p. 166—168.

Cantó. Diagnóstico y terapéutica de las fisuras del ano. — Gaceta d. l'hosp. Valencia, 1884—85, III, pp. 337, 361, 385—390.

Carrara, G. Sopra un caso di sifilide in donna gravida, causa de precoce infecione del feto e di distocia materna. — Gazz. d. ospit. Milano V, pp. 715, 723.

Catrin. Modifications apportées à la syphilis par les pays chauds. — Congrès internation. de méd. d. colonies 1883. Amsterdam, 1884. p. 280—289.

Carafôli, P. Sopra un caso di dacrioadenite sifilitica. — Spallanzani, Modena, 2 Sér. XIII, p. 640—646.

Christianson, R. De quelques considérations étiologiques, cliniques et therapeutiques sur les syphilides ulcéreuses. Thèse. Paris, 4⁰.



Ciaramelli, G. Sifilide del fegato. — Med. contemp. Napoli, I, p. 616—626.

Ciattaglia. Della porpora sifilitica. — Bullett. r. Accad. med. di Roma, X, p. 146.

Courtade, A. Synchisis étincélant et syphilis. — Union méd. Paris, 1885, 3 Sér. XXXIX, p. 17—19.

Cripps, Harrison. On diseases of the rectum and anus, including a portion of the Jacksonian prize essay on cancer. London, 8°, p. 435 und 28 Tafeln. — Dasselbe Philadelphia, 1884, 8°, p. 435 und 26 Tafeln.

Dalché, P. Cirrhose hépatique recidivante chez un syphilitique; mort; autopsie. — Gaz. méd. de Paris, 7 Sér. I, p. 519.

Daurgaud, F. De l'hemiplégie faciale dans la période secondaire de la syphilis. Thèse (Paris). Le Mans, 1885, 4°.

De Castro. Insufficienza aortica; piccoli fibromi multipli della pleura; probable sifilide; morte rapida; autopsia medico-legale. — Unione med. egiz. Alessandrea, 1884—85, I, Nr. 14, p. 1—4.

De Renzi, E. La sifilide pulmonale e la miocardite sifilitica. — Bollett. d. clin. Napoli, I, p. 313—316.

De Renzi, E. Sifilide spinale. — Ebenda p. 305—307.

Doléris, J. A. Étude sur la rigidité du col d'origine syphilitique. — Gaz. méd. de Paris 1884, 7 Sér. II, pp. 589, 601, 616; 1885, 7 Sér. I, pp. 1, 15.

Eisenlohr. Zur Aetiologie und Therapie der Tabes. — Deutsche med. Wochenschrift. Berlin, X, p. 851.

Elder, G. Syphilitic stricture and ulceration of the rectum; colotomy; recovery. — Lancet. London, 1885, I, p. 202.

Erb, W. Zur Lehre von der spinalen Ataxie. — Neurolog. Centralbl. Leipzig, 1885, III, p. 25—31.

Eulenburg, A. Beiträge zur Aetiologie und Therapie der Tabes dorsalis, namentlich über deren Beziehungen zur Syphilis. — Virchow's Archiv. Berlin, 1885, XCIX, p. 18—70.

Fabre, P. Éruption éczémateuse provoquée par l'application d'une pommade à l'iodoforme chez un syphilitique. — Gaz. méd. de Paris, 7 Sér. I, p. 494—496.

Felotov, A. A. Perichondritis crycoidalis gummosa circumscripta. — Med. pribav. k. morsk. sborniku. St. Petersburg, Sept. p. 56—62. Protok. zasaid, obsh. Morsk. vrach. v. Kronstadt, p. 53—59.



Ferguson, J. Some points in the relation of syphilis to pulmonary diseases. — Med. News. Philadelphia, 1885, XLVI, p. 66—69.

Florkiewicz, W. Trzy przypadki powikłanego przymiotu spóźnionego (Syphilis tarda). — Medycyna. Warszawa, 1885, XIII, p. 97—103.

Fournier. Influence de l'alcool sur la syphilis; syphilide pigmentaire. — Practicien. Paris, VII, p. 605—607.

Fournier, A. Des troubles psychiques dans la période préataxique du tabes d'origine syphilitique. — Encéphale. Paris, IV, p. 641—657; Gaz. des hôpitaux. Paris, LVII, pp. 1065, 1115, 1161.

Fuchs, E. Iritis syphilitica. — Arch. f. Ophthalm. Berlin, XXX, 3 Abth. p. 139—156 u. 1 Taf.

Funkhouser. Syphilitic cerebral lesions. — St. Louis Courier of med. XII, p. 447—453.

Gangolphe, M. Contribution à l'étude des localisations osseuses de la syphilis tertiaire; de l'ostéomyélite gommeuse des os longs. — Lyon méd. XLVII, pp. 445, 482, 518, 552 u. 2 Taf.

Haensell, P. Lésions oculaires expérimentales de la syphilis. — Bullet. clin. nation. ophth. de l'hôp. d' Quinze-Vingts. Paris, II, p. 23—29.

Handfield-Jones, M. Abscess in cerebellum; syphilitic symptoms; sudden blindness; great occipital pain; great benefit from calomel; death; autopsy. — Brain. London 1884—1885, VII, p. 398—405.

Hirschsprung, J. Trakeotomi hos et 2 Maaneders Barn med kongenit Syfilis; Helbredelse. — Hospital Tidende. Kiöbenhavn. 1885, 3 R., III, p. 33—37.

Hofmann, **Gustav**. Tabes und Syphilis. Inaugural-Dissertation. Berlin, 8°, p. 39.

Irsai, A. Geheilte Fälle von syphilitischen und tuberculosischen Kehlkopfkrankheiten. — Pester med.-chir. Presse. Budapest, XX, p. 905—907; aus Orvosi hetilap. Budapest, Nr. 38.

Irsai, A. Casuistische Mittheilungen über Combination von Syphilis und Tuberculose des Larynx. — Wiener med. Presse. XXV, p. 1373—1375.

Kaposi, M. Glossodynia exfoliativa. — Ebenda 1885, XXVI, Nr. 12, 13, 15, 16.

Kelsey, Charles B. The pathology, diagnosis and treatment of diseases of the rectum and anus. London, 8°, p. 429 u. 2 Taf.



Kilbourne, H. S. Two cases of cerebral syphilis. — Buffalo med. and surg. Journ. 1884—85, XXIV, p. 205—211.

Klinkert. Its over tabes dorsalis. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde. Amsterdam, XX, p. 1015—1028.

Koeniger. Beobachtungen über den Befund des Auswurfs bei syphilitischer Lungenerkrankung. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, X, p. 816.

Kohn, E. Kritische Glossen über den Terminus psoriasis palmaris et plantaris syphilitica. — Wien. med. Presse. XXV, pp. 1598, 1628.

Kovalevski, P. J. Sifilis i psichozi. Passionaja melancholija. — Arch. psichiat. etc. Charkov, IV, Nr. 3, p. 98—107.

Kraus, E. Zur pathologischen Anatomie der Tabes dorsalis. — Neurolog. Centralblatt. Leipzig. 1885, IV, p. 49—54.

Kudzinovich, F. E. (Ueber den Einfluss der acuten Infectionskrankheiten auf den Verlauf der Syphilis.) — Protok. zasaid. Kavkazsk. med. Obsh. Tiflis, XXI, p. 130—140.

Landouzy. Un cas de syphilis cérébrale secondaire. — France méd. Paris, II, p. 1503—1508.

Lang, T. Zur Lehre von der Eingeweidesyphilis. — Wiener med. Presse. 1884, XXV, pp. 1176, 1209, 1243, 1304, 1403, 1429, 1559; 1885, XXVI, pp. 9, 43.

Latouphis, G. C. Gommes syphilitiques du larynx. Thèse, Paris, 4°.

Le Dentu. Observation de syphilis cérébrale. — France méd. Paris, II, pp. 1769, 1781.

Lee, Henry. Syphilitic affection of cerebral nerves; with observations. — Lancet. London, II, p. 766.

Legg, W. Notes of a case of purpura which two years before death had had a hard chancre. — Ebenda, II, p. 734.

Leplat. De l'origine syphilitique de la kératite parenchymateuse. — Annales d'ocul. Bruxelles, XCII, p. 145—167.

Leudet, E. De la curabilité de l'artérite syphilitique. — Union méd. Paris, 3 Sér. XXXVIII, p. 625—629.

Maclaren, P. H. A lecture on cerebral hyperaemia in connexion with tertiary syphilis. — Lancet. London, II, p. 764.

Maclean, D. A case of affection of the skull probably of syphilitic origin. — Physician and Surgeon. Ann. Arbor, Michigan, VI, p. 533—535.





Maclean, D. Syphilitic hemiplegia successfully treated by large doses of potassium iodide. — Ebenda, p. 533.

Maclean, D. Syphilitic hemiplegia. — Transactions of the Michigan med. society. Lansing, VIII, p. 483—486.

Mannino, L. Storia clinica e considerazioni su di un caso di ematuria parossistica sifilitica. — Gazz. d. ospit. Milano, V, p. 530—533.

Masséï, F. Un cas de rétrécissement syphilitique de la trachée. — Bulletin et Mém. de la soc. franç. d'otolog. et laryngol. Paris, 1883—1884, I, p. 132—140.

Meighan, A. Notes on some syphilitic eye affections. — Med. Times und Gaz. London, 1885, I, p. 5—8.

Meilly. Hirnsyphilis. — Deutsche milit.-ärztl. Zeitsch., Berlin, XIII, p. 699—604.

Mesnard, Elise M. De l'influence de quelques lésions syphilitiques du col de l'utérus sur l'accouchement, Thèse. Rochefort, 4°.

Möbius, P. J. Neue Fälle von Tabes bei Weibern. — Centralbl. f. Nervenheilk. Leipzig, VII, p. 457—460.

Moravcsik, E. Ueber syphilitische Psychosen im Anschluss an vier Fälle. — Pester med.-chir. Presse. Budapest, XX, p. 1085—1087; aus Orvosi hetilap. Budapest, Nr. 45, XXVIII, p. 1189, 1222.

Munn, W. P. A case illustrating the influence of syphilis in traumatic injuries. — Physician and Surgeon. Ann. Arbor, Michigan, VI, p. 496.

Neisser, A. La syphilis bactérienne. Traduit et annoté par P. Diday et A. Doyon. — Annales de derm. et syph. Paris, 2 Sér. V, p. 607—620.

Neumann, I. Ueber Pigmentirung der Haut in Folge von Syphilis. — Wiener med. Blätter. 1885, VIII, p. 417—420.

Oser, L. Drei Fälle von Hirnsyphilis. — Ebenda 1884, VII, p. 1540—1545.

Otis, F. N. Clinical lecture on syphilitic sequelae (tertiary syphilis), resulting from syphilis acquired in utero. — Philadelphia med. Times. 1884—85, XV, p. 77—79.

Ottolenghi, S. e A. Conti. Il senso cromatico nei sifilitici. — Osservatore. Torino, XX, pp. 761, 773.

Pepper, A. J. Tumours of spermatic. cord. — British med. Journ. London, 1885, I, p. 100; Med. Times and Gaz. London, 1885, I, p. 128.



Petit, L. H. Des fractures chez les syphilitiques; remarques bibliographiques. — Union méd. Paris, 1885, 3 Sér. XXXIX, pp. 157, 169.

Petrone, L. M. Sulla trasmissione della sifilide agli animali. — Gazz. med. ital. lombard. Milano, 8 Ser. VI, p. 421.

Pinner, O. Ueber Epididymitis syphilitica. — Berliner klin. Wochenschr. XXI, p. 655—658.

Porter, W. H. Syphilitic disease of the lung. — New York med. Journ. 1885, XLI, p. 139.

Quédillac, M. De l'ictère syphilitique secondaire. Thèse. Paris, 1885, 4°.

Reinhard (Hamburg). Progressive Paralyse und Lues. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, 1885, Nr. 1.

Réthi, L. Zur Casuistik der Lungensyphilis. — Wiener med. Presse. XXV, p. 1655—1659.

Revilliod, E. Paralysie d'origine syphilitique. — Progrès med. Paris, XII, p, 990,

Reyes, A. W. De la hemoptisis durante el tratamiento mercurial del segundo periodo de la sifilis. — Annales r. Acad. de ciencas méd. . . . de la Habanna, XXI, p. 319—323.

Reynolds, D. S. Syphilitic keratitis with ulceration of the larynx. — Philadelphia med. Times. 1884—85, XV, p. 351.

Riehl, G. Ueber das Leucoderma syphiliticum. — Med. Jahrbücher. Wien, p. 245—257 u. 1 Taf.

Rollet, J. Syphilis. — Dictionn. encyclop. d. sciences méd. Paris, 3 Sér. XIV, p. 255—535.

Rollet, J. et E. Chambard. Syphilides. — Ebenda, p. 212—255.

Rosenthal. Ueber Hirnsyphilis und deren Localisation. — Wiener med. Blätter. 1885, VIII, p. 427.

Ross, J. On a case of Bell's paralysis and unilateral epilepsy of syphilitic origin. — Med. Chronic. Manchester, 1884—85, I, p. 408—414.

Schadek, K. Zur Casuistik der Hornhautaffectionen bei acquirirter Syphilis. Kiew, 8°, p. 13. (Russisch.)

Schech, P. Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. Mit Einschluss der Rhinoskopie und der localtherapeutischen Technik für praktische Aerzte und Studirende. Wien, 1885, 8°.



Scheinmann, J. Diabetes mellitus und Syphilis. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, X, pp. 644, 662.

Schiffers. Syphilis laryngée; emploi de l'acide chromique dans l'oedème de la glotte. — Annales de la soc. méd.-chir. de Liège. XXIII, p. 465—467.

Schuster. Diagnostik der Rückenmarkskrankheiten. Zweite Auflage. Berlin, 8°.

See, G. De maladies spécifiques (non tuberculeuses) du poumon bronchites aiguës, pneumonies parasitaires, gangrène, syphilis, cancer, et vers hydatiques du poumon. Paris, 1885, 8°.

Smith, T. C. Was it a syphilitic freak? — Detroit Lancet. 1884—85, VIII, p. 199.

Verdié, G. Des anévrysmes d'origine syphilitique, Thèse. (Paris) Le Mans, 4°.

Vinke, H. H. A case of syphilis of the brain. — St. Louis Courier of med. XI, p. 408—410.

Wagner, J. Ein Beitrag zur Kenntniss der Rückenmarks-Erkrankung der Paralytiker. — Med. Jahrbücher. Wien, p. 369—383 und 1 Taf.

Weil, G. Syphilis cérébrale; localisation bulbaire; paralysie de la deglutition; accidents multiples; guérison. — Revue méd. de l'est. Nancy, XVI, p. 737—742.

Whittaker, J. T. Cerebral syphilis. — New England med. Monthly. Sandy Hook Conn. 1884—85, IV, p. 145—150.

Yeo, J. B. A case of pyrexial syphilis. — Transactions of the clin. soc. of London, XVII, p. 108—114.

Zilles, Rudolf. Studien über Erkrankung der Placenta und des Nabelstranges, bedingt durch Syphilis. Tübingen, 1885, 8°, p. 143 und 4 Taf. — Aus: Mittheil. aus der geburtsh.-gynäk. Klinik zu Tübingen. Heft III.

Zucker, J. Two cases of condylomata, and one case of primare syphilis of the external ear. Translated by J. A. Spalding. — Arch. of otology. New York, XIII, p. 241—246.

Congenitale und hereditäre Syphilis.

Abadie. Des manifestations oculaires de la scrofule et de la syphilis héréditaire. — Bulletin et Mém. de la soc. franç. d'ophthalm. Paris, II, p. 128—140.



Barduzzi, Domenico. La sifilide ereditaria tardiva. Milano, 8°, p. 26 u. 1 Tab.

Cassel, J. Beiträge zur hereditären Syphilis; besonders der Knochenerkrankungen. — Arch. f. Kinderheilk. Stuttgart, 1884—85, VI. p. 17—25.

Diday, P. et E. Diday. Syphilis congénitale ou héréditaire ou encore infantile. — Dictionn. encyclop. des sciences méd. Paris, 3 Sér. XIV, p. 535—678.

Felotov, A. A. (Ueber hereditäre Syphilis). — Med. pribav. k. morsk sborniku. St. Petersburg, Nov. p. 60—75.

Gueterbock, P. Ueber hereditär-syphilitische Erkrankungen der Gelenke. Zweite Abhandlung. — Arch. f. klin. Chirurgie. Berlin XXXI, p. 288—305.

Herhold, Carl. Ueber Lues hereditaria. Inaugural-Dissertation. Berlin, 8°, p. 33.

Hutchinson, M. Congenital contraction of the meatus urinarius. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1885, III, p. 8.

Kassowitz, M. The inheritance and transmission of syphilis. Translated from: Jahrbücher für Kinderheilkunde, by J. Fewsmith, Jr. — American Journ. of Obstetrics. New York, XVII, pp. 1111, 1221, 1299.

Lee, R. J. Infantile and family syphilis. — Lancet. London, II, p. 671.

Lee, R. J. Syphilis in the infant. — Med. Press und Circular. London, N. S. XXXVIII, p. 501—506.

Luro, P. O. La sifilis hereditaria. Tésis. Buenos Aires, 8°.

Monti. Ueber ältere und neuere Methoden der Behandlung der angeborenen Lues. — Arch. f. Kinderheilk. Stuttgart, 1884—85, VI, p. 1—16.

Oliver, C. A. Report of a case of interstitial keratitis in a subject with probable hereditary syphilis. — Maryland med. Journ. Baltimore, 1884—85, XII, p. 76—79.

Schadek, K. (Ueber eine Affection der Cornea bei hereditärer Syphilis.) — Vestnik oftalmol. Kieff, I, p. 362—374.



Therapie und Prophylaxis.

Arcari, A. Di alcune experienze sull' uso della cocaina nelle malattie veneree. — Gazz. med. ital. Lombard. Milano, 1885, 8 Ser., VII, p. 6.

Ashhurst, J. jr. Synopsis of a lecture on the treatment of chancroid and syphilis. — Proceedings of the Philadelphia Co. Med. Society. Philadelphia, 1883—84, VI, p. 194—212.

Asverus. Ueber Prostitution und venerische Erkraukungen. — Arch. für öffentl. Gesundheitspflege. Strassburg, IX, p. 179—190 und 1 Tab.

Baumeister, E. Ueber gleichzeitige Anwendung von Calomel und Jodkali; ein Beispiel zur Warnung. — Berliner klin. Wochenschr. XXI, p. 688.

Berlioz. Traitement de la syphilis par les eaux d' Uriage. — Journ. de la soc. de méd. et pharm. de l'Isère. Grenoble, 1884—85, IX, p. 27—30.

Chanfleury von Ijsselsteyn. Over de therapie der constitutioneele syphilis in de vroege perioden. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde. Amsterdam, XX, pp. 807, 840.

Concetti, L. Sopra alcuni usi dello joborandi e della pilocarpina. — Gazz. med. di Roma X, pp. 265, 277.

Duchesne, E. L. Contribution à l'étude des iodiques, leur action sur la nutrition générale et leur mode d' élimination. Thèse. Paris, 1885. 4°.

Foster, E. Syphilis as a sociological problem; the opinions and statements of Herbert Spencer reviewed. — Transactions of the med. Associat. of Georgia. Atlanta, p. 166—211.

Fürbringer, P. Zur localen Wirkung des Calomels bei Syphilis. — Zeitschr. f. klin. Med. Berlin, VIII, p. 594—597.

Grünfeld, Jos. Die Localbehandlung bei Syphilisformen. — Wiener Klinik. 1885, Heft 3, p. 61—91.

Hammond, W. A. On the proper method of using the iodide of potassium in syphilis of the nervous system. — New England med. Monthly. Sandy Hook, Conn. 1884—85, IV, p. 150—152.

Köbner. Ueber die therapeutische Verwerthung der localen antisyphilitischen Wirkung des Quecksilbers. — Tageblatt d. Versamml. deutscher Naturf. u. Aerzte. Magdeburg, LVII, p. 336—338; Deutsch. med. Wochenschr. Berlin, X, p. 757.



Kun, T. A korülmetélés az izraelitáknál. (Die Beschneidung bei den Israeliten.) — Közeg. es Törvény. Orvos. Budapest, p. 95—99; Pester med.-chir. Presse. Budapest, XX, p. 989.

Lavarenne, D. Étude sur les eaux de Luchon dans le traitement de la syphilis. — Annales de la soc. d'hydrolog. méd. de Paris, 1883—84, XXIX, p. 400—422.

Martineau, L. Traitement de la syphilis par les injections hypodermiques mercurielles. — Revue clin. méd.-chir. Paris, I, p. 29–36.

Michael, J. E. Muriate of cocaine in venereal surgery. — Maryland med. Journ. Baltimore, 1884—85, XII, p. 59.

Mourier, P. P. F. Om Prostitutionslovgivningen. Kjöbenhavn. 8°, p. 40.

Neumann, I, Ueber hypodermatische Behandlung der Syphilis. — Wiener med. Presse 1885, XXVI, p. 80--83.

Obraztov, E. S. (Die Syphilis in ihrer Beziehung zur Ehe.) — Dnevnik. Obsh. vrach. g. Kazani. VIII, pp. 241, 249, 257, 265.

Otis, F. N. On large doses of potassium iodide in the treatment of the late lesions of syphilis. — Med. Record. New York, 1884, XXVI. p. 641; 1885, XXVII, p. 82.

Otis, F. N. The hydrochlorate of cocaine in genito urinary procedures. — New York med. Journ. XL, p. 635–637.

Pauly, J. Ueber Hydrargyrum tannicum. — Berliner klin. Wochenschr. XXI, p. 752.

Richmond, W. S. The treatment of phimosis without operation. Practitioner. London, XXXIII, p. 350—352.

Rollet, J. Syphilisation. – Dictionn. encyclop. d. sc. méd. Paris, 3 Sér. XIV, p. 678—692.

Salas, J. A. De los inyecciones subcutaneas en el tratamiento de la sifilis. Tèsis. Buenos Aires 8°.

Schuster. L'élimination du mercure, introduit dans l'organisme par les voies cutanées. — Congrès internation. de med. d. colonies 1883. Amsterdam 1884, p. 369—371.

Reglementeering der prostitutie. Groningen, 8°, p. 14.

Anastatischer Druck von F. M. Geidel, Leipzig.



Originalabhandlungen.




Digitized by Google

Aus Prof. Neumann's Universitätsklinik für Syphilis in Wien.

Die Diagnose der syphilitischen Initialsclerose und der localen contagiösen Helcose.

Von

Dr. Ernst Finger,

Docenten für Syph. und Hautkrankh. a. d. Wiener Universität, em. klin. Assistenten.

(Fortsetzung.)

Endlich möchte ich hervorheben, dass Fälle von Ausbleiben des Exanthemes bei Männern wohl, nicht aber bei Weibern eine Seltenheit sind. Man beobachtet durchaus nicht so selten Weiber, die mit recenter Infection, Sclerose oder Papeln auf die Syphilis-Abtheilungen aufgenommen werden und dort oft viele Wochen lang in genauer Beobachtung bleiben. Man behandelt die Papeln und Sclerose nur örtlich, es kommt die Zeit heran, wo man die Allgemeineruption erwartet. Die Weiber blassen auch ab, klagen über rheumatoide Schmerzen . . . aber das Exanthem stellt sich nicht ein. So vergehen mehrere Wochen, die Papeln oder Sclerosen heilen, man entlässt die Weiber. Nach einigen Monaten, einem Jahre oder noch später kommen dieselben Weiber wieder, auch diesmal wieder bieten sie nichts dar als Papeln am Genitale. Und so kann sich dies 2-, 3mal wiederholen, das secundäre Stadium ablaufen, ohne dass die Weiber etwas Anderes als Papeln dargeboten hätten, nie insbesondere während des ganzen Verlaufes ist ein Exanthem nachzuweisen. Kaposi [111]) hat diese Thatsache: „dass nach breiten Condylomen

---

[111]) Kaposi, Pathologie und Therapie der Syphilis I. Stuttgart 1881.



nicht nothwendig Allgemeinsyphilis folgen muss", auch constatirt, aber sie als Beweis angezogen, dass die breiten Condylome, gleichwie die Schanker auch rein local verlaufen können und keine Allgemeininfection zu bedingen brauchen, er hat also aus dem Fehlen der Allgemeinsymptome, speciell des Exanthems, auf das Nichtvorhandensein der Allgemeinerkrankung geschlossen. Dieser Schluss ist unzulässig, deshalb, weil solche Weiber, die im Secundärstadium nichts als Papeln darboten, einmal tertiärsyphilitische Symptome ganz wohl darbieten können, dann aber auch hereditär-syphilitische Kinder zur Welt bringen, welche beide Thatsachen unwiderleglich die stattgehabte Allgemeininfection beweisen. Es schliesst also das Fehlen des Exanthemes, das Fehlen der secundär-syphilitischen Erscheinungen, die stattgehabte Allgemeininfection nicht unbedingt aus, und eine Induration, die innerhalb des typischen Zeitraumes nicht von Consecutivis gefolgt ist, kann trotzdem doch noch ein syphilitischer Initialaffect sein.

Ein solches derbes, nicht von Consecutivis gefolgtes Infiltrat oder Geschwür kann aber ferner noch sein:

2. Ein Ausfluss universeller Syphilis, secundäre Papel, Gumma, ein Reizinfiltrat am Grunde eines weichen Schankers oder einer traumatischen Ulceration.

3. Eine nicht syphilitische Ulceration, Helcose, Trauma, die in Folge localer Verhältnisse oder in Folge von Irritation durch Caustica und Adstringentia derbe Basis darbietet.

Ausser der Induration und dem indurirten Geschwür werden noch einige andere Formen syphilitischen mehr oder weniger typischen Initialaffectes genannt.

1. Die trockene Impfpapel. Ein braunrothes, mässig derbes, schuppendes Knötchen, das viel Aehnlichkeit mit dem Knötchen des lenticulären papulösen Syphilides hat und in einigen Fällen experimenteller Impfung von Blut und Secret breiter Papeln entstanden ist. Das anatomische Substrat dieser Papel ist dem der Induration analog, wie denn die Impfpapel ihre nahe Verwandtschaft zur Sclerose dadurch documentirt, dass sie sehr oft nur das Vorstadium der Sclerosenbildung darstellt. Wir können

daher diese Impfpapel, wo sie als syphilitischer Initialaffect auftritt, als abortive in der Entwickelung zurückgebliebene, rudimentäre Induration auffassen.

2. Das breite Condylom. Ueber dieses und seine Stellung zur Allgemeinerkrankung ist viel geschrieben und gesprochen und besonders hervorgehoben worden, dass das breite Condylom sowohl als Initialaffect, als auch als der Ausfluss secundärer Lues auftreten kann und auch der regionären Verbreitung durch Autoinoculation fähig ist. Man hat aber bei allen diesen Debatten auf Eines vergessen: Dass das breite Condylom keine reine Syphilisform ist, sondern durch Irritation aus den verschiedenen Primär- und Secundärformen hervorgehen kann. So kann eine Sclerose oder ein indurirtes Geschwür am weiblichen Genitale durch die sich daselbst ansammelnden Secrete irritirt, in eine breite Papel, ein breites Condylom umgewandelt werden, eine Thatsache, die altbekannt ist und von Ricord als „Transformatio in situ" bezeichnet wurde. Man irritire einige maculöse, papulöse oder pustulöse Efflorescenzen des secundären Stadiums, applicire Dunstumschläge oder Gutta-Percha-Papier auf dieselben und sie wandeln sich in breite Condylome um. Diese Beobachtung können wir ja, dort wo Irritation und Stagnation von Secreten stattfindet, also unter den Achselhöhlen, den „mammae pendentes", in den Interdigitalfalten der Zehen bei Hyperidrosis pedum täglich machen. Es kann also eine breite Papel, ein breites Condylom dadurch scheinbar zum Primäraffecte werden, dass es eben aus der Umwandlung des Initialaffectes, einer Sclerose oder trockenen Papel entstanden ist. Anatomisch besteht ja, wie die Untersuchungen von Lostorfer [112]) und Vajda [113]) beweisen, zwischen Papeln und der Induration kein Unterschied, insbesondere die Gefässveränderung, das einzige für die Sclerose wesentliche Merkmal ist ja, wie auch ich mich durch vielfache Untersuchungen überzeugen konnte, in der Papel und Sclerose analog entwickelt.

[112]) Lostorfer, Beiträge zur Kenntniss der anatomischen Veränderungen beim spitzen, subcutanen und breiten Condylom. Archiv f. Derm. und Syphilis 1871.

[113]) Vajda, Beitrag zur Anatomie der syphilitischen Papeln. Medicin. Jahrbücher 1875.

Auch Bäumler[114]) hebt diese mikroskopische Gleichheit der Sclerose und Papel hervor.

Wir können daher das breite Condylom nur als eine andere Wachsthumsform des analogen syphilitischen Infiltrates, nicht aber als etwas wesentlich Differentes ansehen. Wenn ich aber auch diese Umwandlung der Sclerose in ein breites Condylom nicht läugne, so bin ich doch von der Thatsache, dass die breiten Condylome wirklich als Initialaffect auftreten und sich dann regionär durch Autoinoculation verbreiten, nicht überzeugt. Ich habe, wie jeder meiner Fachcollegen, der über ein grösseres Material disponirt, häufig Weiber beobachtet, die 6 Wochen post infectionem, als erstes sichtbares Zeichen derselben, breite, nässende Papeln am Genitale darbieten, ich finde aber den Beweis nirgend erbracht, dass das, was wir als Erstes sehen, auch wirklich das Erste sei. Ich will die Bezeichnung „Primäraffect" für jene Veränderung reservirt wissen, die sich an der Invasionsstelle als localer Effect der Invasion des Virus entwickelt. Alle jene Veränderungen, die sich als Folge des im Organismus sich vermehrenden und circulirenden Virus, also von innen heraus entwickeln, rechne ich bereits zu den Secundärformen, und hieher gehören meiner Ueberzeugung nach, diese sogenannten „primären" breiten Condylome.

Auch dass sich dieselben durch Autoinoculation vermehren, muss ich läugnen. Es genügt einfache Irritation ohne Zuhilfenahme von syphilitischem Virus um sie, gerade so wie alle secundär syphilitischen Efflorescenzen, speciell die breiten Papeln, zur Entwicklung zu bringen und Irritation, nicht aber Autoinoculation ist es, die sie hervorruft, wie man sich durch locale Application von Reizen, am besten von Gutta-Percha-Papier oder Pflastern, auf von Efflorescenzen freie, vorher gereinigte Stellen des weiblichen Genitales, die man vor Berührung mit Papelsecret schützt, überzeugen kann. Ich habe[115]) vor einigen Jahren einen höchst instructiven Fall über die frühzeitige Entwicklung solcher

---

[114]) Bäumler, Syphilis in Ziemssen Handb. III. 1876.

[115]) Finger E. Ueber Syphilis und Reizung. Prager medicinische Wochenschrift 1881.

Papeln mitgetheilt, den ich seines Interesses wegen hier kurz resumire.

Der 30jährige Schlosser B. A. wurde am 3. November 1880 auf der I. Syphilis-Abtheilung wegen einer Sclerose am Frenulum, dorsaler Lymphangitis, multiplen Drüsenschwellungen aufgenommen. In beiden Kniekehlen hat er schöne Kreise von Herpes tonsurans. Durch Einpinselung von Theer, 10 % Carbolvaselin wird wohl der Herpes tonsurans entfernt aber die Haut der Kniekehlen sehr gereizt. 15. December ist das Auftreten von braunrothen Papeln an der Haut der Kniekehlen notirt, die zur Zeit der Allgemeineruption, die 31. December, also 16 Tage später, in Form eines maculösen Exanthems auftrat, kreuzergross, braunroth im Centrum gedellt sind. Dieser Fall beweist unzweideutig, dass secundäre Efflorescenzen an gereizten Hautstellen sich 16 Tage vor der Allgemeineruption zu entwickeln vermögen. Ich fasse nun das Auftreten der „primären breiten Condylome" conform der leicht experimentell nachzuweisenden Entwicklung derselben auf jeden das Genitale treffenden Reiz in der Art auf, dass ich annehme, der Initialaffect, der — da das weibliche Genitale wenig anatomische Disposition zur Induration darbietet, und Zerfall erst die Folge ausgebreiteter, derber Induration zu sein pflegt — nicht oder nur oberflächlich zerfalle, werde übersehen und die breiten Condylome, die sich ja selten vor der 5.—6. Woche post conceptionem bilden, seien die ersten, durch die locale Irritation bedingten, secundären Syphilisformen. Dafür, dass sie oft die einzigen bleiben, halte ich folgenden Grund für plausibel. Die Syphilis ist eine Erkrankung, die ungemein von äusseren Einflüssen abhängt. Aeussere Reize rufen bekanntlich Syphilis-Efflorescenzen hervor, prolongiren und modificiren den Verlauf derselben. Syphilisausbrüche und Recidiven sind, besonders wenn die Diathese schon abgeschwächt ist, stets die Folgen äusserer Reize, localisiren sich auch an jenen Stellen, auf die der Reiz einwirkt. Bei Weibern pflegt die Lues überhaupt einen gutartigeren Verlauf zu nehmen, als bei Männern, was ja übrigens vielfach mit der Constitution zusammenhängt. Ich kann mir nun sehr wohl vorstellen, dass die Diathese schon a priori bei manchen Weibern so schwach ist, dass sie aus eigener Macht keine Veränderungen setzen kann, solche nur dort hervorruft, wo äussere Reize loci



minoris resistentiae gesetzt haben, was eben am leichtesten am Genitale der Fall ist.

3. **Ebenso werden einfache Erosionen und Excoriationen als Initialaffecte der syphilitischen Infection bezeichnet.** Was ist der syphilitische Initialaffect und woran erkennen wir ihn? In den ausgeprägten typischen Fällen ist der syphilitische Initialaffect eine von eigenthümlicher Gefässerkrankung eingeleitete und begleitete kleinzellige Infiltration. Was ist das Kennzeichen ihres Vorhandenseins? Die Induration. Nun haben wir aber soeben auseinandergesetzt, dass die Induration, leider das einzige makroskopische Symptom, ein unsicheres ist, und insbesondere Initialaffecte ohne Derbheit auch vorkommen können. Wer beweist uns also, dass am Boden der scheinbaren „einfachen Erosion oder Excoriation" sich nicht ein typisches, initiales, syphilitisches Infiltrat befinde, das eben unseren Sinnen nur deshalb nicht wahrnehmbar ist, weil ihm ein Symptom, die Härte abgeht. Der Satz, eine einfache Erosion ist Initialaffect der Syphilis, kann also, logisch erwogen, nur so lauten: eine „scheinbar einfache" Erosion oder eine Erosion, die wir mit unseren Untersuchungsmethoden von einer einfachen, insonten, nicht zu unterscheiden vermögen, kann zum Initialaffecte der Syphilis werden.

4. **Der sogenannte gemischte Schanker.** Dasjenige, was dem gemischten Schanker sein früh erkennbares Charakteristicum als syphilitischen Initialaffect verleiht, ist die Induration. Ueber den Werth der Induration haben wir uns bereits geäussert. Mag man nun über den weichen Schanker denken wie man will, und ich werde bald Gelegenheit haben, meine Ansicht über den weichen Schanker zu präcisiren, so viel ist sicher, die Derbheit an der Basis eines weichen Schankers kann sehr verschiedene Veranlassung haben. Diese Derbheit kann zurückzuführen sein 1. auf ein sich wirklich am Grunde des weichen Schankers entwickelndes initialsyphilitisches Infiltrat; 2. sie kann Produkt constitutioneller Syphilis sein; 3. sie kann die Folge langen Bestandes, irritirender Behandlung, häufiger Cauterisation sein, 4. endlich kann sie rein durch locale Verhältnisse bedingt sein. Wie wir ja daran festhalten müssen, dass weiche Schanker am margo des praeputium, im sulcus coronarius und an der corona glandis stets eine, manchmal sehr bedeutende Derbheit ihrer Basis darbieten, ohne dass

sie trotzdem aufhören, „weich" zu sein. Halten wir an diesen Thatsachen fest, so müssen wir zugeben, dass das Hartwerden eines weichen Schankers für sich allein noch durchaus kein genügendes Motiv ist, ihn als einen „gemischten", d. h. als einen solchen zu betrachten, der von recent syphilitischen Consecutivis gefolgt werden wird, und dass wir die Induration, die sich am Boden eines weichen Schankers entwickelt, von denselben Gesichtspunkten aus betrachten müssen, die für die Induration überhaupt oben normirt wurden, immer das vor Auge haltend, dass nicht jede Induration durch ein syphilitisches Initialinfiltrat bedingt sein müsse.

5. Endlich wird auch der weiche Schanker als syphilitischer Initialaffect bezeichnet, d. h. angegeben, dass auf ihn recent syphilitische Consecutiva folgen können, und ist diese Thatsache von den Unitariern stets gegen die Dualität des syphilitischen Virus ins Feld geführt und von den Dualisten hartnäckig geläugnet worden. Ueberblicken wir die historische Entwicklung des Streites um die Unität und Dualität des syphilitischen Virus, so finden wir, dass zunächst die Beobachtung festgestellt wurde, die auch heute noch allgemein anerkannt wird, dass es zwei differente Krankheitsbilder gibt, die mit Localaffecten, meist am Genitale beginnen, contagiös und virulent sind, deren eine sich auf den Localaffect und die Erkrankung der benachbarten Lymphdrüsen beschränkt, während die andere constitutionelle Erkrankung des Organismus zur Folge hat. Nachdem jede dieser Erkrankungen sich in ihrer Art fortpflanzt, schrieb man jeder ihr eigenes Virus zu, man stellte die Theorie der „Dualität des Virus" auf. Jede dieser Erkrankungen beginnt mit einem Localaffecte, man suchte nun nach Symptomen, die aus dem Localaffecte schon auf die zu erwartende Krankheit überhaupt schliessen liessen, fand, dass die Localaffecte der einen Erkrankung sich durch auffallende Härte auszuzeichnen pflegen (wenn auch stets die Schwankungen und nicht absolute Giltigkeit dieses Symptoms betont wurde) und so entstand die Theorie von der „Dualität der Geschwüre", die unter dem Schlagworte „hart" und „weich" auch in zwei Gruppen getheilt wurden, von denen man annahm, dass sie den beiden Virusarten ihren Ursprung verdanken. Die Gegner dieser Lehre richteten nun ihre Angriffe meist

gegen die Dualitätslehre der Geschwüre und glaubten, mit jedem Beweise, den sie gegen die Dualität der Geschwüre beibrachten, auch einen solchen gegen die Dualität des Virus beigebracht zu haben, und wenn sie Fälle anführten, wo aus einem „harten Geschwüre" ein weiches entstand oder umgekehrt, schon die Identität des Virus bewiesen zu haben. Wie naiv manche Vertheidiger der Unität in ihrem Kampfe gegen die verhasste Dualitätslehre vorgehen, beweist der folgende von Leon Lebel[116]) publicirte Fall: „Ein Mann von 21 Jahren, bisher nicht syphilitisch, hat zwei weiche Schanker, einen an der Haut des Penis, den anderen an der Glans. Die Ansteckung hat am 10. März stattgefunden. Das Weib, von dem er inficirt wurde und das am 14. März auf die Klinik aufgenommen wird, hat einen grossen Schanker am introitus vaginae. Der Mann verlässt am 15. April, also 36 Tage post infectionem das Spital, seine Schanker sind verheilt, die Narben weich. Beim Weibe indurirt der Schanker und am 15. April, am Tage des Austrittes des Mannes, stellen sich bei ihr Consecutiva ein. Sehen wir uns die Schlüsse Lebel's, eines Schülers von Thiry an. Weil beim Manne der Schanker weich war, hatte er keine Syphilis zu fürchten, er war aber von einem Geschwüre inficirt worden, das an der Trägerin Consecutiva hervorgerufen hatte. Also dasselbe Virus erzeugt bei dem Einen einen localen weichen Schanker, bei dem Anderen Syphilis; die Unität des Virus ist erwiesen! Bekommt dann der Mann, der mit den verheilten weichen Schankern 36 Tage (!) post infectionem entlassen wurde, doch noch Consecutiva, dann ist Syphilis auf weichen Schanker gefolgt, also erst recht die Unität des Virus erwiesen! Ich, von meinem Standpunkte, habe gegen die Thatsache, dass auf weichen Schanker Syphilis folgt, wenn ich mich auch aus dem Riesenmaterial unserer Klinik auf keinen typischen Fall dieser Art zu erinnern weiss, nichts einzuwenden. Fehlt auch die Induration, so ist damit noch nicht der Beweis erbracht, dass auch das syphilitische Initialinfiltrat fehlt, dass also der Schanker wirklich ein „einfacher weicher" ist, um so mehr, als ja die Thatsache feststeht, dass dem syphilitischen Initialinfiltrat, an gewissen Stellen die Derbheit de facto nicht selten fehlt. Es ist dies ein grosser

[116]) Leon Lebel, De la syphilis et du chancre. Presse med. belg. 1867.

logischer Fehler, wegen der Unmöglichkeit, zwei Affecte zu unterscheiden, sie für identisch zu halten. Weil zwei Schanker, von denen einer von Consecutivis gefolgt ist, der andere nicht, sich ähnlich sind, von uns nicht unterschieden werden können, müssen sie auch gleich sein. Wer hat denn bisher durch Weiterimpfung auf Gesunde ihre Gleichheit constatirt?

Ebenso kann ich die auch von Auspitz [117]) citirten Befunde Buhl-Lindwurm's [118]) über den angeblich gleichen mikroskopischen Befund von einfachen weichen Schankern und solchen, die von Syphilis gefolgt sind, deshalb nicht gelten lassen, weil ich in diesen nun schon 22 Jahre alten, mit primitiven Mitteln vorgenommenen Untersuchungen auch bei Besprechung der mikroskopischen Anatomie des harten Schankers alle jene Befunde vermisse, die wir gegenwärtig für ihn als charakteristisch ansehen, so vor Allem die Endarteriitis.

6. Die unläugbare Thatsache, dass es eine Syphilis ohne nachweisbaren Initialaffect gibt, bei der sich die secundären Symptome entwickeln, ohne dass ein Localaffect nachzuweisen war, sind ja der deutlichste Beweis, dass der Localaffect — denn ein locus invasionis muss ja doch immer da sein, wenn auch die Veränderungen, die sich an demselben entwickeln, nicht erkennbar zu sein brauchen — übersehen werden könne. Ich habe selbst erst neulich einen solchen Fall in der Klinik beobachtet, in dem ein vacirender Handwerksbursch mit einer pastösen Adenitis in der linken, multiplen indolenten Drüsenschwellung in der rechten Leiste aufgenommen wurde, bei dem fast sieben Wochen nach dem Eintritte sich Roseola syphilitica, später auch psoriasis palmaris und plantaris entwickelte, und die wiederholte scrupulöseste Untersuchung keinen Initialaffect nachweisen konnte. Hätte nun dieser Patient, von derselben Infection aus oder von einer anderen, an derselben Stelle, die der Locus invasionis des Syphilisvirus war, oder einer anderen, einen weichen Schanker dargeboten, so hätte man diesen als Initialaffect angesehen, er hätte nicht zu induriren gebraucht, ja die Frage, ob er de

[117]) Auspitz, Die Lehren vom syphil. Contagium. Wien 1866.

[118]) Lindwurm, Ueber die Verschiedenheit der syphil. Krankheiten. Würzb. med. Zeitschr. 1862.



facto Initialaffect gewesen sei, d. h. sich am Orte der Syphilisinvasion, und bei Gelegenheit derselben entwickelt hätte, hätte offen bleiben müssen, da es ja ganz wohl denkbar ist, dass sich in den Fällen von „Syphilis auf weichem Schanker" die Sache auch so verhalten kann, dass die Syphilis von einer anderen Körperstelle aus in den Organismus eindringt, an der Invasionsstelle keine Veränderungen erzeugt und der „weiche Schanker", der nun als Initialaffect proclamirt wird, sich an einer anderen Stelle, bei einer anderen Gelegenheit, ganz unabhängig entwickelt hat. Ja die Syphilisinvasion kann später, schon nach Verheilung eines weichen Schankers erfolgt sein, keinen Initialaffect erzeugt haben, und der vorausgehende „weiche Schanker" wird nun als Initialaffect proclamirt. Dass solche Beobachtungsfehler vorkommen, beweist unter anderen die Aeusserung Dittrich's [119]): „Ich habe während meiner langjährigen ärztlichen Thätigkeit viele Fälle von weichem Schanker, während deren Verlauf nicht eine Spur von sich einstellender Verhärtung sich entdecken liess, demnach kein Rollet'scher Schanker angenommen werden kann, denen selbst virulente Bubonen folgten, beobachtet, welchen nach 6 Wochen bis 7 Monaten (sic!) die unverkennbarsten Erscheinungen der constitutionellen Syphilis nachzogen." Nun, die Identisten haben Syphiliserscheinungen, die 20 Jahre nach einem Tripper auftraten, auch auf diesen bezogen und keine anderen Gründe angeführt, als post hoc, propter hoc.

Es ist ja durch die Versuche des Pfälzer Unbekannten [120]) das mögliche Ausbleiben des syphilitischen Initialaffectes experimentell zur Evidenz erwiesen. Dieser nahm Uebertragung von Blut secundär-syphilitischer Individuen auf Fussgeschwüre in der Art vor, dass er die Geschwüre nach vorausgehender Reinigung mit Blut bestrich. In 3 von 6 Fällen entwickelten sich Consecutiva, Maculae, Rachengeschwüre, ohne dass an den Fussgeschwüren selbst irgend welche Veränderungen sichtbar gewesen wären. Wer würde aber es wagen, zu behaupten, dass an denselben wirklich keine Veränderungen stattgefunden haben? Nun, Ihr Herren Unitarier, nachdem also auch auf Fussgeschwüre Syphilis folgen kann, warum seht Ihr diese nicht auch als syphilitische Initialaffecte an, Eure

---

[119]) Ueber Syphilis. Aerztl. Intelligenzblatt 1868.

[120]) Aerztliches Intelligenzblatt 1856.

weichen Schanker mit consecutiver Syphilis sind diesen Fussgeschwüren doch vollkommen analog.

Von der feststehenden Thatsache ausgehend, dass am margo praeputii im sulcus coronarius und an der corona glandis, am orificium urethrae, am Rande der grossen und kleinen Labien alle Geschwüre derber, oft auffallend derb, syphilitische Initialaffecte dieser Stellen allerdings meist knorpelhart zu sein pflegen, während dem gegenüber an der Glans, der Haut des Penis und Scrotums, dem Vestibulum und der Vagina andere Geschwüre weich, die syphilitischen Initialaffecte meist nur leicht, oft nur ganz unmerklich derb zu sein pflegen, finden alle von den Unitariern gegen die Zweitheilung der Geschwüre gemachten Einwürfe ihre Bestätigung und Erklärung, insbesondere wenn man noch alle jene Momente berücksichtigt, die auch an anderen Stellen Derbheit der Geschwüre bedingen können. Jene Spitze dieser Einwürfe aber, die gegen die Dualität des Giftes gerichtet war, ist ihnen benommen, alle diese Einwürfe sind nur Beweise, dass das Einzwängen der Geschwüre in die Chablone „hart oder weich" ein unzweckmässiges, die Verquickung der Begriffe „hart und weich" mit „syphilitisch und nichtsyphilitisch" ein aprioristisches und fehlerhaftes Vorgehen war. Wenn man uns also von derben Geschwüren am margo des praeputiums oder im sulcus coronarius erzählt, die nicht von Consecutivis gefolgt werden, während dem gegenüber Schanker an der Glans, die auch nicht die geringste tastbare Härte darboten, constitutionelle Syphilis zur Folge hatten, so wird uns dies nicht ausser Athem bringen. Ebenso hat die Thatsache, dass ein Mann von dem weichen Schanker in Vestibulo des Weibes einen harten Schanker im sulcus coronarius acquirirte, die Thatsache, dass von mehreren, bei demselben Coitus acquirirten Schankern, die an der Glans weich bleiben, einer im sulcus coronarius, der vielleicht gar erst durch Autoinoculation, also in zweiter Generation entstanden ist, dagegen indurirt, ihre Bedeutung verloren.

Vollends werthlos sind aber alle jene Angaben geworden, die von der Entstehung weicher Schanker aus harten oder umgekehrt erzählen, aber weder für die Mutter-, noch Tochtergeschwüre den Sitz angeben.



Wenn wir nun so die Induration eines Theiles ihrer Specificität entkleidet, ihrer Allmacht beraubt haben, welche Anhaltspunkte haben wir für die Diagnose des syphilitischen Initialaffectes?

Zunächst also doch wieder die Induration. Ich habe mich bisher ausschliesslich mit den Fehlern und Mängeln der Induration beschäftigt und möchte nun nicht in den Verdacht kommen, dass ich auch ihre grossen Vorzüge läugne. Deswegen will ich ausdrücklich hervorheben, dass es typische Formen des syphilitischen Initialaffectes gibt, die vermöge ihrer, ich möchte sagen, „in die Augen springenden" Härte, ihres nekrotischen Beleges oder der eigenthümlichen braunrothen Erosion auf ihrer Oberfläche, vermöge des scharf umschriebenen Knotens, den sie darstellen, die Diagnose „syphilitischer Initialaffect" auf den ersten Blick gestatten. Leider gibt es aber neben den typischen auch gar viel minder oder nichttypische Fälle. Auch in diesen hat die Induration noch oft das Verdienst, den ersten Verdacht auf die syphilitische Infection gelenkt zu haben. Nun aber ist die Induration nicht nur durch Syphilis bedingt, sie fehlt anderseits auch vielen syphilitischen Initialaffecten und so müssen wir trachten, ein Symptom oder eine Symptomengruppe ausfindig zu machen, die beim syphilitischen Initialaffect constanter zu finden, andererseits nicht oder nur selten durch andere Erkrankungen hervorzubringen sind, wobei wir aber nie vergessen dürfen, dass eben jedes Symptom, jede Symptomengruppe durch differente Krankheiten bedingt werden kann, also nie einen absoluten Werth besitzt. Kennen wir nun ein Symptom oder eine Symptomengruppe, der wir einen grösseren relativen Werth zuschreiben können, als der Induration? Ja! wir kennen ein solches, es ist das die multiple indolente Drüsenschwellung.

Dass Drüsenschwellungen zum Symptomenbild der Syphilis gehören und insbesondere den Initialaffect sehr häufig begleiten, war schon den Alten bekannt. Schon Fallopia[121]), Thierry[122])

---

[121]) Gabriel Faloppia, De morbo gallico. Aph. II. S. 820.

[122]) Thierry de Hery, La methode curatoire etc. Paris 1552.

de Hery, Astruc[123]), Hunter[124]) kennen und beschreiben sie, doch erst Ricord und seine Schule lehren die verschiedenen Arten der Drüsenschwellung kennen und heben speciell den Werth der multiplen, indolenten Bubonen hervor. Seit dieser Zeit heben alle Autoren dieses Symptom besonders als Begleiter recenter Lues hervor und betonen die Wichtigkeit desselben als Hilfsmittel zur Diagnose des syphilitischen Initialaffectes. Ebenso wird hervorgehoben, dass die multiple indolente Drüsenschwellung ein Symptom ist, das an Constanz des Vorkommens die Induration übertrifft.

Ja, man geht bald so weit, die multiple indolente Drüsenschwellung als conditio sine qua non des syphilitischen Initialaffectes hinzustellen. So lesen wir bei Fournier-Ricord[125]), es gebe keinen inficirenden Schanker ohne indolent indurirte Drüsen. Musset[126]), Melchior Robert[127]) heben hervor, die specifische Induration werde ohne Ausnahme von indolenten Bubonen gefolgt. Ricord[128]) hat noch keinen specifisch indurirten Schanker ohne Drüsenschwellung gesehen. Am schärfsten präcisirt Sigmund[129]) die Bedeutung der Lymphdrüsenschwellung, indem er sagt: „Die allmälige Erkrankung des grössten Theiles, wenn nicht des gesammten Lymphdrüsensystems, bildet das stetige und am längsten nachweisbare Zeichen der allgemeinen Syphilis . . Die Diagnose erhält Sicherheit durch die gleichzeitig sich entwickelnde Schwellung und Verhärtung der nächsten Drüsengruppe, welcher allmälig jene der entfernteren und entferntesten nachfolgt; ohne diese Beobachtung hat die vereinzelte Verhärtung eines Geschwüres oder einer Narbe oder einer Nachbardrüse keinen diagnostischen Werth . . . . Dass nur jene Formen als die allgemeine Erkrankung anzusehen sind, bei welchen die specielle Erkrankung der Lymphdrüsen in der von uns schon früher festgestellten Weise vor sich geht und gegangen

---

[123]) Astruc, Traité des maladies vénér. Paris 1754.

[124]) Hunter, A treatise on the venereal disease. London 1756.

[125]) Fournier-Ricord, Leçons sur le chancre. Paris 1860.

[126]) Musset, Der Schanker und dessen Beziehung zur syphil. Diathese. Behrend, Syphilid. N. R. II.

[127]) M. Robert, Traité des mal. vénér. Paris 1862.

[128]) Ricord, Lettres sur la syphilis. Paris 1863.

[129]) Sigmund, Ueber Verschiedenheit der Ansteckungsstoffe. Mediz. Jahrbücher 1861.



ist.... Ohne eine solche Drüsenerkrankung kommt allgemeine Syphilis nicht zu Stande."

Ganz ebenso sehen Bärensprung[130]), Edgombe Venning[131]), Bumstead[132]), Fournier[133]) die Drüsenerkrankung als wichtiges Symptom beginnender Lues an.

Vorsichtiger äussert sich Langlebert[134]): „Comme l'induration, l'adénite symptomatique du chancre infectant n'a donc de valeur pour le diagnostic que lorsqu'elle existe." Auch Clerc[135]) meint, dass die den typischen Initialaffect, der sich als solchen auch durch Consecutiva manifestirt, begleitenden Drüsenschwellungen in manchen, wenn auch seltenen Fällen, sehr wenig auffällig sind. Ebenso betonen auch die neueren Autoren die Bedeutung der indolenten Drüsenschwellung und Bäumler[136]) erklärt sie für das „allerconstanteste und diagnostisch wichtigste Symptom der syphilitischen Infection".

Trachten wir uns nun vor Allem über das durch die Drüsenerkrankung bedingte Krankheitsbild, die pathologisch-nosologische Bedeutung und die diagnostische Wichtigkeit der Drüsenerkrankung ein objectives Bild zu verschaffen.

Es ist eine durch unsere eigene, sowie durch die Erfahrung der meisten Syphilidologen erhärtete Thatsache, dass im Anschluss an die Entwicklung des Initialaffectes eine Schwellung zunächst der benachbarten, dann der entfernteren Lymphdrüsen zu Stande kommt. Etwa 6—8 Tage nach dem Auftreten des typischen Initialaffectes am Genitale, also Ende der 3.—4. Woche nach der Infection wandeln sich, wenn die Infection vom Genitale ausging, die Drüsen in den Leisten in allmälig wachsende Tumoren um, die die Eigenschaften haben, fast oder vollständig schmerzlos, poly-

---

[130]) Bärensprung, Die hereditäre Syphilis. Berlin 1864.

[131]) Edgombe Venning, Remarks on infecting and non infecting chancres. St. Georg Hosp. Rep. II, 1867.

[132]) Bumstead, Pathology and treatment of venereal diseases. Philadelphia 1870.

[133]) Fournier, Syphilis chez la femme. Paris 1873.

[134]) Langlebert, Traité des malad. vénér. Paris 1864.

[135]) Clerc, Traité pratique des mal. vénér. Paris 1866.

[136]) Bäumler, Syphilis in Ziemssen's Handb. 1876.

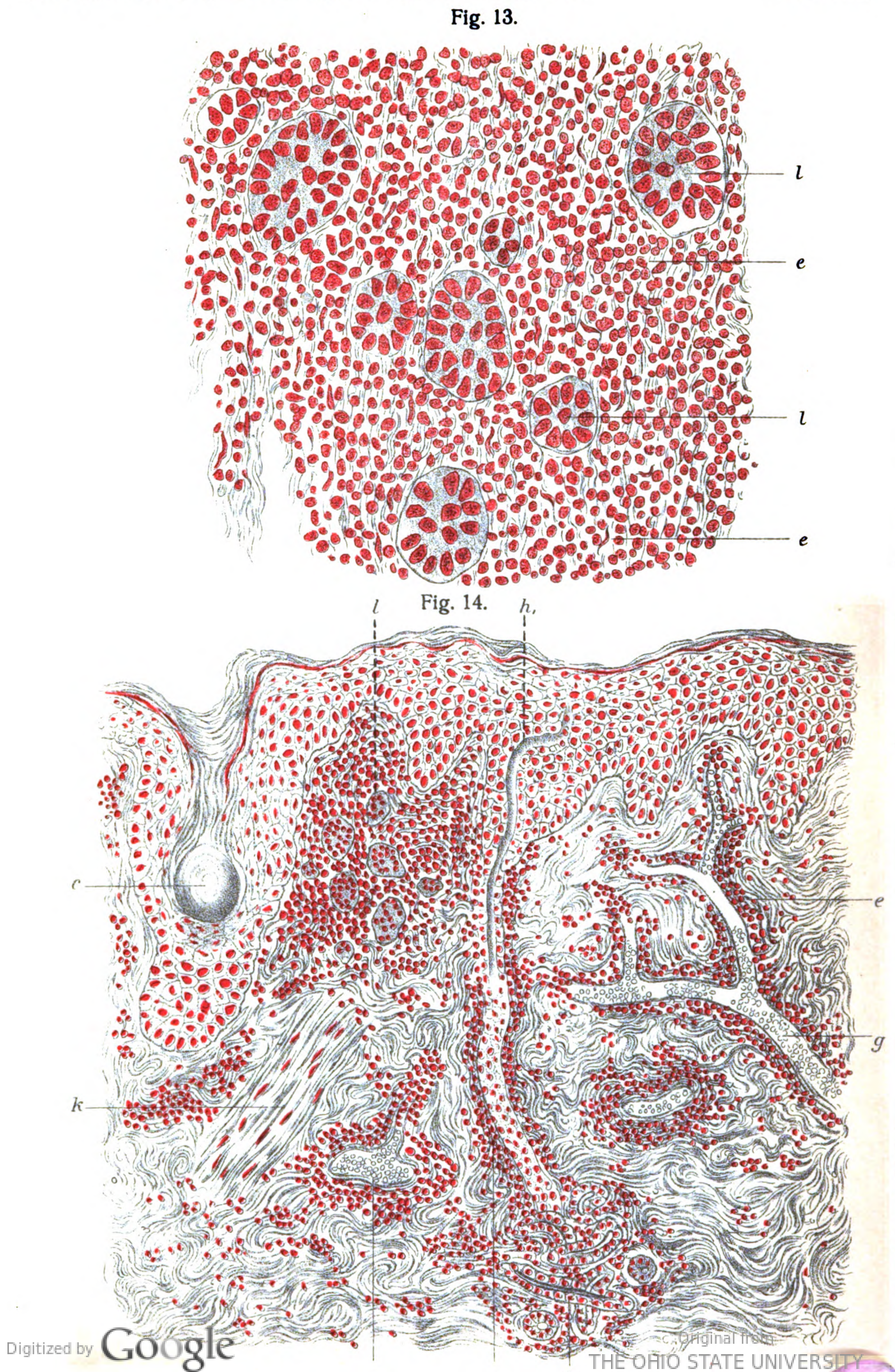


Fig. 13.

Fig. 14.

oder panganglionär, rund oder rundlich, mässig succulent, derb zu sein und in der Nachbarschaft des Initialaffectes taubenei- bis haselnussgross, eine oder die andere selbst nicht selten bis hühnereigross zu werden. Diese Schwellung verbreitet sich im Verlaufe der nächsten 2—3 Wochen auch über die entfernteren Drüsen, so dass bis Ende der 6.—7. Woche nach der Infection die Femoral-, Cubital-, vorderen und hinteren Cervical-, Axillar-Drüsen erbsen-, haselnuss- hier und da eine auch wohl mandel- bis taubeneigross werden. Die Grösse, bis zu der die einzelnen Drüsen anwachsen, ist nicht gleich. Im allgemeinen kann man sagen, dass, je entfernter die Drüsengruppe vom Initialaffecte ist, desto geringer die Schwellung sei. Manchmal kommt ein Ueberwiegen der Schwellung auf einer Körperseite vor, sowie auch wohl ein oder die andere Drüsengruppe ganz von der Erkrankung übersprungen werden kann. In anderen Fällen dagegen sind die Lymphdrüsen ganz auffallend an dem Processe betheiligt. Fälle, in denen, nebst den genannten, auch die Submaxillar-, Submental-, Prae- und Retroauricular-, Mastoideal- und Occipitaldrüsen erbsen- bis haselnussgross werden, sind bei einem grossen Materiale durchaus nicht selten und dies Alles noch innerhalb der zweiten Incubationsperiode, also zu einer Zeit, wo noch von Haut- und Schleimhautaffectionen nicht die geringste Spur ist. Ich betone dieses deshalb, weil diese von vielen anderen Autoren bestätigte Beobachtung eine Widerlegung der Ansicht von Auspitz [137]) bildet, als ob die Drüsenschwellung erst heteropathisch in der Secundärperiode in Folge secundär-syphilitischer Erkrankung jener Haut- und Schleimhautpartien entstünde, von denen die betreffenden Drüsen ihre zuführenden Lymphgefässe beziehen. Ich selbst habe bei Patienten, die mit recenter 3—4 Wochen alter Lues, Initialaffect und beginnende Leistendrüsenschwellung an die Klinik aufgenommen wurden und die ich täglich zu untersuchen Gelegenheit hatte, die Schwellung aller der genannten Drüsen und Drüsengruppen so zu sagen unter meinen Händen entstehen sehen, noch ehe die Eruption der secundären Erscheinungen auftrat, so dass ich an der Thatsache unbedingt festhalte, dass die multiple, poly-

---

[137]) Auspitz, Die Bubonen der Leistengegend. Dieses Archiv, Jahrgang 1873.

und panganglionäre indolente Schwellung der meisten, oft aller tastbaren Lymphdrüsen in einer ungemein überwiegenden Mehrzahl der Fälle in der zweiten Incubationsperiode, also vor Eruption der Secundärsymptome stattfindet, also nicht heteropathisch durch Erkrankung der Haut- und Schleimhaut entstanden ist. Natürlich fällt es mir nicht ein, die eben so feststehende Thatsache zu läugnen, dass secundäre, insbesondere ulcerative Haut- und Schleimhauterkrankungen heteropathisch bedeutendere Volumszunahme schon früher geschwellter, oder Erkrankung bisher intacter Drüsen bedingen können, wie ja dies im Verlaufe oft selbst älterer recidivirender Lues durchaus nicht so selten ist.

In manchen, wenn auch seltenen Fällen participiren nicht nur die Drüsen, sondern auch die sie verbindenden Lymphgefässe an dieser Induration, wie der folgende wenig gekannte Fall Köbner's[136]) beweist, den ich seines grossen Interesses wegen ausführlich mittheile: „G. H., 53 Jahre alt, Victualienhändler, verheiratet, erschien Ende August h. a. in meinem Armeninstitut für Hautkranke und Syphilitische mit einem grossen phagedänischen Geschwüre in der Eichelrinne und einem noch enormeren an der vorderen Hälfte der Eichel, das zu beiden Seiten um das orif. urethr. sass und etwa 4''' tief in die Harnröhre hineinkroch. Der Grund und die Ränder beider Geschwüre waren nicht blos sehr zerklüftet, speckig, mit nekrotischen, von „schlecht gebundenem" dünnen, grau-grünlichen Eiter umspülten Gewebsfetzen belegt, sondern auch deutlich pergamentartig verhärtet. Anschwellungen der Lymphgefässe der Genitalien existirten nicht, dagegen traten mehrere Lymphdrüsen der linken Leistengegend als mandelgrosse indolente, leicht verschiebbare Knoten hervor. — Sonst war an dem robusten, wohl aussehenden Manne, welcher sich 5 Wochen zuvor angesteckt und 8 Tage nachher die beginnende Krankheit bemerkt, trotzdem aber eine Truppenabtheilung als Marketender begleitet hatte, nichts Abnormes zu bemerken. Die Prognose, welche ich schon damals gelegentlich eines Besuches mehrerer Collegen auf nicht blos locale Zerstörungen, sondern auch mit

---

[136]) Köbner, Ueber syphilit. Lymphgefäss-Erkrankungen. Abhandl. der Schlesischen Gesellschaft für vaterl. Cultur. Abtheilung für Natur und Medizin 1862, Heft 3.

Sicherheit auf Allgemeininfection stellte, traf zu, indem sich zwei Wochen nachher, während derer der Kranke nur mit sehr häufigen prolongirten Gliedbädern, aromatisch-adstringirenden Fomenten bei guter Kost behandelt wurde, über dem linken Cond. int. humeri rasch, binnen drei Tagen eine mehr als wallnussgrosse, harte, wenig schmerzhafte Lymphdrüsengeschwulst einfand. Von dieser aus verlief ein praller, daumendicker, verschiebbarer, cylindrischer Strang, welcher gleichfalls nur geringen Druckschmerz zeigte und überaus hart war, etwa 1¼ Zoll weit an der Innenseite des Oberarmes nach oben, um hier in eine zweite, etwas kleinere Epitrochleardrüsenanschwellung überzugehen und von da aus sich, bis nahe an die Achselgrube fühlbar, fortzusetzen. In letzterer nahm man zwei, nur pflaumenkerngrosse, ganz indolente, „knotige" Drüsen wahr. (Der Vollständigkeit wegen füge ich hinzu, dass ich nach etwaigen peripheren Verletzungen dieses Armes suchte, aber solche weder an den Fingern, noch an dem ganz gesunden Vorderarme antraf.) Der nun eingeleiteten Schmierkur wichen diese Lymphgeschwülste der oberen Extremitäten nur sehr langsam; noch am heutigen Tage, nachdem fast 6 Unzen des officinellen ung. einer. eingerieben worden sind, fühlt man sehr deutliche Reste der erwähnten Lymphdrüsen- und Gefässinduration, während die Leistendrüsen erheblich verkleinert sind, die primitive Schankerinduration aber noch in der Narbe kenntlich ist. Inzwischen sind auch die Cervicalganglien ergriffen worden, ein papulöses Syphilid ist auf der Stirne und Rücken, Geschwüre in den Fauces aufgetreten."

Dass nicht nur Drüsen erster Ordnung von dem Primäraffecte aus erkranken, sondern auch Drüsen zweiter und dritter Ordnung, also solche, deren Lymphe schon eine oder zwei Drüsengruppen passirt hat, allerdings proportional der Entfernung weniger anzuschwellen vermögen, beweisen einige Autopsien. So führt Fournier [139]) drei Präparate von drei Weibern aus der Sammlung des Lourcine an, welche mit syphilitischen Affecten am Genitale behaftet, an intercurrenten Krankheiten gestorben waren. Bei allen Dreien sind nicht nur die Inguinaldrüsen, sondern auch die oberhalb des Poupart'schen Bandes gelegenen Drüsen intumescirt,

[139]) Fournier. Leçons sur la Syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme. Paris 1873.



und die Iliacaldrüsen sind in einem Falle in drei übereinander liegenden Gruppen, bis zum Ursprung der A. hypogastrica vergrössert. Ebenso erwähnt v. Vajda [140]), er habe die Lymphdrüsen von der Leistengegend bis zum Promontorium, resp. Ductus thoracicus lospräparirt und dieselben proportionell der Entfernung weniger geschwollen und krank gefunden.

Ich habe während meiner Dienstzeit als Assistent an der Klinik für Syphilis drei Sectionen von Individuen, die mit recenter Lues behaftet, zwei davon in der 11. und 14. Woche post infectionem an Pneumonie, Pleuritis, Morbus Brightii acutus starben, beigewohnt, in allen drei Fällen war die Infection vom Genitale ausgegangen und bei der Section waren nicht nur die hohen Inguinal-, sondern auch die tiefen Inguinal-, Iliacal- und Retroperitonealdrüsen haselnuss- bis mandelgross, ebenso auch die Cervical- und Axillardrüsen geschwellt. Die Thatsache also, dass das Lymphdrüsensystem an der recenten syphilitischen Erkrankung sehr frühzeitig, fast stets in der primären Periode, vor Ausbruch secundärer Symptome in Form einer indolenten, multiplen, wenn nicht alle, so doch die meisten Lymphdrüsen des ganzen Körpers betreffenden Anschwellung theil nimmt, hat als eine feststehende betrachtet zu werden.

Unsere zweite Frage richtet sich nun nach der Bedeutung dieser Drüsenschwellung. Es wäre hier zweierlei denkbar. Die Drüsenschwellung, die ja, nachdem sie immer zuerst in der Nachbarschaft des Initialaffectes entsteht, ihren Zusammenhang mit diesem documentirt, könnte eine rein symptomatische sein, sich zu dem Initialaffecte so verhalten, wie etwa die Schwellung einer Lymphdrüse bei einem Panaritium, einer Submaxillar- oder Submentaldrüse bei Periostitis einer Zahnwurzel. Es könnte eben nur der entzündliche Reiz in loco zu einer sympathischen oder symptomatischen Anschwellung der Lymphdrüse Veranlassung geben. In diesem Falle wäre die Drüsenschwellung selbst als nicht specifisch, nur einfach entzündlich aufzufassen. Es könnte die Drüsenschwellung selbst aber auch eine specifische sein, bedingt dadurch,

---

[140]) Vajda. Ueber syphilit. Affection der Lymphdr. Vierteljahrschft. f. D. und S. 1875.

dass specifisch irritirende Momente, also Syphilisvirus in die Drüse gelangte. Gegen die erste Möglichkeit spricht schon die Form und der Verlauf der Drüsenschwellung, die von dem acutentzündlichen Charakter der sympathischen Adenitis durch die Indolenz und Torpidität des Verlaufes so wesentlich differirt. Dagegen drängt Alles dahin, die Drüsenschwellung, zunächst soweit dieselbe direct durch Lymphgefässe mit dem Initialaffect zusammenhängt, als Metastasen des Initialaffectes anzusehen. Schon Bärensprung [141]) hat die Ansicht aprioristisch ausgesprochen, dass das, was sich in den indolenten Bubonen bildet, genau dasselbe sei, wie die specifische Schankerinduration.

Die anatomischen Untersuchungen von Vajda [142]) und Obraszow [143]) haben dargethan, dass die Schwellung der Drüse auf demselben histologisch charakterisirten Process wie die Induration, nämlich auf kleinzelliger Infiltration neben charakteristischer Blutgefässveränderung, Verdickung der Wandung, Wucherung des Endothels und der Adventitia beruht, und endlich hat Bumm [144]) den letzten, gewiss nur wenig gerechtfertigten Einwurf, es sei eine Ueberimpfung der Syphilis von indolenten Drüsen aus bisher nicht constatirt, dadurch widerlegt, dass er mit dem milchigen Inhalt eines solchen excidirten, indolenten Bubos bei der Ueberimpfung auf einen Gesunden positiven Erfolg, Sclerose mit Consecutivis erhielt.

Wir haben also zum mindesten jene Drüsenschwellungen, die die mit dem Initialaffect in directer Verbindung stehenden Drüsen betreffen, als syphilitische Metastasen des Initialaffectes, als auf demselben pathologischen Vorgang, wie dieser beruhend, aufzufassen. Ueber die Auffassung jener Drüsenschwellung, die auch in der primären Periode, die entfernten Lymphdrüsen betrifft, werden wir später zu sprechen Gelegenheit haben. Ich wende mich nun zur

---

[141]) v. Bärensprung. Die nichtsyphilitische Natur des weichen Schankers. Charité-Annalen. IX. 1860.

[142]) Vajda. Ueber die syphil. Affect. der Lymphdr. Vtschft. f. D. u. S. 1875.

[143]) Obraszow. Veränderungen an der Lymphdr. bei hartem und weichem Schanker. Petersb. med. Wochenschr. 1881.

[144]) Bumm. Zur Frage der Schankerexcision. Diese Vierteljschft. 1882.

weiteren Frage, betreffend die diagnostische Bedeutung der Drüsenschwellung. Die Frage, wann die indolente multiple Scleradenitis als pathognomonisch für den Initialaffect zu gelten hätte, beantwortet sich naturgemäss dahin, dass um pathognomonisch zu sein die Scleradenitis bei jedem Initialaffect und nur bei syphilitischen Initialaffecten zu treffen sein müsste.

Wir haben hier nun vor Allem auf ein Moment aufmerksam zu machen, das die Form betrifft. Die multiple indolente Lymphdrüsenschwellung ist ein Symptom, das zu dem Initialaffecte hinzutritt, sich aber lange Zeit während des Verlaufes der secundären, oft selbst noch der tertiären Lues erhält. Während ihres Bestehens aber gehen an den Drüsen Veränderungen, die wesentlich die Form und Consistenz betreffen, vor sich, die es ermöglichen, die recente Drüsenschwellung des Initialaffectes von der Drüsenschwellung, wie sie bei älterer Lues zu finden ist, zu differenziren. Das pathologisch-anatomische Substrat der Drüsenschwellung ist kleinzellige Infiltration. Diese sich allmälig entwickelnde Infiltration gibt in den ersten Stadien der Schwellung, also bei Beginn, jeder einzelnen Drüse eine runde oder rundliche, ovoide, haselnuss- bis taubeneigrosse Gestalt, wobei die Consistenz ganz eigenthümlich prall-elastisch, der eines prall gefüllten Luftpolsters am ähnlichsten ist. Diese Form und Consistenz behalten die Drüsen mehrere Wochen bis Monate, stets also bis über die Eruption der secundären Symptome hinaus, die ja den Zweifeln über die Diagnose des Initialaffectes ein Ende macht. Spontan, langsamer, rascher wenn eine Allgemeinbehandlung eingeleitet wird, machen sich in den Drüsen Involutionserscheinungen kund, die zu Verkleinerung des Volums führen und dadurch bedingt sind, dass das Infiltrat sich in Bindegewebe umwandelt, welches schrumpft. Bei dieser Involution nehmen wir aber auch Veränderungen der Form und Consistenz wahr, die die ältere von der recenten Drüsenschwellung deutlich unterscheiden. Die früher runden oder rundlichen, succulenten Drüsen werden bei ihrer Schrumpfung einmal spindelförmig und platt, dann aber lederartig derb. Diese Schrumpfung geht oft so weit, dass die einzelnen Drüsen nur als leichte spindelförmige Auftreibungen im Verlauf der Lymphgefässe zu sehen sind und bei Autopsien alter Syphilitiker so derb und

schwielig gefunden werden, dass das Messer beim Durchschneiden knirscht. Ganz ebenso werden aber auch in Folge vorausgegangener anderweitiger Reize geschwellte und indurirte Drüsen nach monatelangem Bestand spindelförmig, so die Leistendrüsen bei Cavalleristen, Touristen, bei Leuten mit chronischem Eczem der Unterschenkel etc.

Ich habe diese Thatsache noch nirgends entsprechend gewürdigt gefunden, und doch wird, besonders von Praktikern, der Fehler nicht so selten gemacht, Geschwüre am Genitale, die von alten spindelförmigen Drüsen in der Leiste begleitet sind, dieser letzteren wegen für Initialaffecte anzusehen.

Damit aber eine Drüsenschwellung für einen wenige Wochen alten Initialaffect pathognomonisch sei, muss sie auch recent, also rund oder rundlich und prall elastisch sein, spindelförmige, also schon viele Wochen und Monate alte Drüsenschwellungen dürften ihres Alters wegen mit recenten Geschwüren nicht in Verbindung gebracht werden.

Gehen wir nun an die Beantwortung der Frage, ob die multiple indolente Drüsenschwellung ein constantes Symptom des Initialaffectes darstellt, so müssen wir zunächst hervorheben, dass diese Drüsenschwellung ein Symptom ist, das sich nicht vor Ende der dritten, oft erst vierten Woche post infectionem einzustellen pflegt. Nachdem auch die Induration sich erst im Verlaufe der dritten Woche zu entwickeln pflegt, wir aber die Induration erst dann als Initialaffect anzusehen berechtigt sind, wenn sich indolente Drüsenschwellungen zu derselben gesellen, so folgt daraus, dass wir innerhalb der ersten drei Wochen post infectionem über die Natur eines Geschwüres überhaupt im Unklaren sind, eine nur halbwegs sichere Diagnose in dieser Periode, ausser durch Confrontation nicht zu stellen vermögen. Dass aber nach dieser Zeit jeder Initialaffect von multiplen, indolenten Drüsenschwellungen complicirt werde, ist eine Regel, die so wenige Ausnahmen kennt, dass wir das Auftreten der indolenten Scleradenitis beim syphilitischen Initialaffect fast als constant ansehen können.



Allerdings lautet die Angabe Fournier's[145]), er habe bei 265 Männern und 223 Weibern mit recenter Syphilis die Drüsenschwellung je dreimal vermisst, ebenso fehlte in 432 Fällen, die Bassereau[146]) anführt, die indolente Adenitis 45mal, so dass wir das Nichtauftreten einer indolenten Drüsenschwellung durchaus nicht mit demselben Rechte als Beweis der nichtsyphilitischen Natur des Affectes ansehen dürfen, als das Auftreten derselben für den Initialaffect spricht. Damit aber die multiple indolente Drüsenschwellung für den Initialaffect wirklich pathognomonisch sei, ist noch nachzuweisen, dass dieselbe nur dem Initialaffecte zukommt. In der That pflegen auch andere Erkrankungen nicht oder nur in den seltensten Fällen von ähnlichen Formen der Drüsenerkrankung begleitet zu sein.

So sitzen die Bubonen bei Prurigo, die noch die meiste Aehnlichkeit mit den recentsyphilitischen haben, meist femoral und subinguinal, ist dann auch die Veränderung der Haut, die der Prurigo zu Grunde liegt, die Verdickung, Knötchenbildung, die Kratzeffecte nachzuweisen. Bei vernachlässigten Urethritiden, bei cachektischen Individuen finden sich manchmal polyganglionäre Schwellungen in den Leisten, einer oder beider, die aber doch meist pastöser sind, mehr Tendenz zur Vereiterung zeigen. Auch weiche Schanker syphilitischer Individuen sind manchmal von ähnlicher Form der Drüsenschwellung gefolgt. Aehnliche Formen der Drüsenerkrankung finden sich weiters nach Zeissl auch bei vernachlässigten Circumcisionswunden, aber alle diese Fälle sind doch selten und aussergewöhnlich.

Wir erkennen daher die multiple, indolente Drüsenschwellung als ein fast constantes, aber auch fast pathognomonisches Symptom des syphilitischen Initialaffectes an.

Wollen wir aus all dem eben Gesagten die Consequenzen ziehen, so müssen wir sagen: Wir kennen zwei Arten von contagiösen, meist durch den Coitus übertragbaren, am Genitale sich localisirenden Geschwüren. Die einen derselben sind localer Natur,

[145]) Fournier. Syphilis chez la femme. Paris 1873.

[146]) Bassereau. Maladies de la peau symptomatiques de la syphilis. Paris 1852.

dehnen ihre schädliche Wirkung nicht weiter aus als bis auf die nächsten Lymphdrüsen, in denen sie acute Entzündung und Vereiterung anregen. Die anderen Geschwüre werden nach einigen Wochen Bestandes von constitutionellen Folgeübeln begleitet. Der Versuch, diese zwei Kategorien von Geschwüren nach der Beschaffenheit ihrer Basis, nach der Härte oder Weichheit derselben zu differenziren ist als gescheitert anzusehen, da in jeder dieser beiden Gruppen harte und weiche Geschwüre vorkommen.

Innerhalb der ersten drei bis vier Wochen post infectionem ist überhaupt eine Differenzirung der local bleibenden von den inficirenden Geschwüren nicht möglich.

Nach dieser Zeit compliciren sich die inficirenden Geschwüre durch eine multiple, indolente Drüsenschwellung, ein Symptom, das ihnen fast ausnahmslos zukommt, den localbleibenden ausnahmslos abgeht, also ganz wohl als differentiell-diagnostisches Moment zwischen den beiden Gruppen verwendet werden kann. Wir können somit sagen, wir haben nur solche Geschwüre mit fast vollkommener Gewissheit als inficirende anzusprechen die Berechtigung, die drei bis vier Wochen post infectionem von multiplen, indolenten Drüsenschwellungen complicirt werden. Dagegen wird die Wahrscheinlichkeit, dass ein Geschwür local bleiben werde, um so grösser, je älter dasselbe über die drei Wochen hinaus wird, ohne von dieser Art der Drüsenschwellung complicirt zu werden. Die Beschaffenheit der Basis des Geschwüres kommt erst in zweiter Linie und hat, der Drüsenschwellung gegenüber, mit dieser in die Wagschale gelegt bedeutend geringeren praktischen Werth. Wir sind ganz ebenso berechtigt, ein weiches Geschwür, d. h. ein Geschwür mit weicher Basis, mögen dessen übrige Eigenschaften sein wie sie wollen, als syphilitischen Initialaffect dann anzusehen, wenn sich zu demselben die charakteristische indolente Drüsenschwellung hinzugesellt, als wir andererseits durchaus keine Berechtigung haben, ein Geschwür mit knorpelharter Basis als syphilitischen Initialaffect anzusehen, so lange als wir keine indolente Drüsenschwellung nachweisen können.

Von Wichtigkeit sind diese Thatsachen insbesondere für eine Frage, für die nach der Excision des Initialaffectes.



Ohne mich in eine weitere Kritik und Discussion dieser noch nicht abgeschlossenen Frage einzulassen, will ich von meinem Standpunkte hier nur das Folgende bemerken.

Will man den principiellen Werth der Excisionsfrage nicht minder als den praktischen beweisen, so muss vor Allem die Diagnose des excidirten syphilitischen Initialaffectes über alle Zweifel erhaben sein. Dazu gehört aber vor Allem, dass der Affect schon von multiplen, indolenten Drüsen gefolgt sei. So lange dieses nicht der Fall ist, kann ein Affect vermöge seiner sonstigen Beschaffenheit mehr oder weniger verdächtig sein, aber die Sicherheit, dass er ein Initialaffect ist, haben wir nicht. Blicken wir nun durch die ziemlich reichliche Literatur der Excisionsfrage, so stossen wir bei vielen der betheiligten Autoren, so beispielsweise bei Spillmann[147]), Pick[148]) und Bumm[149]), auf die gleichlautende Angabe, wenn der excidirte Affect bereits von multiplen, indolenten Drüsenschwellungen gefolgt war, dann vermochte die Excision den Ausbruch der Allgemeinerscheinungen nicht zu verhindern. Das heisst ins Deutsche übersetzt, wenn der excidirte Affect ein sicher syphilitischer Initialaffect war, nützte dessen Excision nichts. Dass aber alle jene weiters excidirten Affecte, die nicht von multiplen Drüsenschwellungen gefolgt waren, nicht von constitutionellen Symptomen gefolgt waren, also in diesen Fällen die Excision von positivem Erfolg begleitet war, kann ebenso gut daher rühren, dass die excidirten Affecte eben keine syphilitischen Initialaffecte waren. Zum mindesten bin ich gespannt darauf, wie die syphilitische Natur derselben bewiesen werden kann, insbesondere, da von Confrontationen wenigstens nicht die Rede ist.

Die Frage nach dem Werthe der Excision des syphilitischen Initialaffectes hat aber nicht nur einen rein praktischen, sondern wesentlich einen theoretischen Werth. Sie spielt bei Beantwortung der Frage, ob der syphilitische Initialaffect ein reines Localsymptom, oder ob zur Zeit seiner Entwicklung das luetische Virus schon im Gesammtorganismus sich befinde, eine wesentlich entscheidende Rolle.

---

[147]) Spillmann. Annal. de Dermat. et de Syphil. 1882.

[148]) Pick. Archiv f. exper. Pathologie v. Klebs etc. 1879.

[149]) Bumm. Diese Vierteljahresschrift 1882.

Wie über so manche andere, unser Specialgebiet betreffende, so sind auch über diese Frage die Unitarier und Dualisten verschiedener Ansicht.

Die strengsten Dualisten, vor Allen Bärensprung, stellten den Satz auf, die Induration sei nicht ein Localeffect, sondern sie sei das erste Zeichen der bereits vollzogenen Allgemeininfection und begründeten diesen Satz damit, dass Impfungen von Syphilisvirus am Träger des Initialaffectes nicht mehr haften, sowie andererseits die Entfernung oder Zerstörung des Initialaffectes den Ausbruch constitutioneller Syphilis nicht mehr zu hindern vermag.

Prüfen wir nun zunächst diese beiden von den Dualisten angeführten Gründe. Wir wissen, dass, ehe ein typischer Initialaffect bemerkt wird, von der Infection an gerechnet, meist circa drei Wochen vergehen. Ist nun der Initialaffect typisch ausgeprägt, also sind seit der Infection drei Wochen verflossen, dann pflegt das Secret syphilitischer Efflorescenzen, Sclerose und Papeln am Träger des Initialaffectes geimpft, nicht zu haften, sowie anderseits Excision des Initialaffectes der Allgemeinsyphilis nicht vorbeugt. Was beweisen nun die beiden von den Dualisten angeführten Gründe? Was zunächst den ersten, die Nichthaftung neuer Syphilisimpfungen am Träger des Initialaffectes betrifft, so beweist dies, dass zur Zeit der Vornahme der Impfung der Organismus des Trägers schon mit Syphilisvirus durchseucht und so gegen neue Infection immun ist.

Ganz dasselbe, dass der Gesammtorganismus schon mit Virus geschwängert ist, beweist aber auch die zweite von den Dualisten angezogene Thatsache der Erfolglosigkeit der Zerstörung oder Entfernung des Initialaffectes. Wir können aber aus diesen beiden Prämissen schliessen, dass zur Zeit, wann es uns möglich ist, den Initialaffect als solchen zu diagnosticiren, also drei Wochen post Infectionem, das syphilitische Virus schon über den Initialaffect hinaus, im Organismus sich befindet, ja denselben bereits durchseucht hat. Jeder weitere Schluss ist falsch. Und so vermissen wir auch jede Berechtigung für den Satz, der Initialaffect ist kein Localaffect, er ist Folge und Ausfluss der Allgemeininfection. Dieser Satz ist nicht erwiesen, durch die angeführten Gründe auch nicht erweislich. Das Einzige, was die angeführten Thatsachen beweisen,



ist, dass zur Zeit der möglichen Diagnose des Initialaffectes die Allgemeininfection schon stattgefunden hat, also Entwicklung des Initialaffectes und der Allgemeininfection contemporär sind. Aber auch dieser Ansicht steht die der Unitarier gegenüber, der Initialaffect sei ein vollkommen locales Symptom, bis zu dem Augenblicke seines typischen Auftretens sei der ganze übrige Organismus von Virus frei, und erst wenn der Initialaffect vollkommen entwickelt ist, finde von ihm aus der Uebergang des Virus in den übrigen Organismus statt. Setzen wir das Auftreten des typischen Initialaffectes auf die dritte Woche, so behaupten also die Dualisten, das Virus übergehe schon innerhalb dieser drei Wochen, die von der Infection bis zum Sichtbarwerden des Initialaffectes vergehen, und die wir als erste Incubationsperiode zu bezeichnen pflegen, in den Organismus, während die Unitarier diesen Uebergang des Virus in den Organismus erst für die zweite Incubation, den Zeitraum zwischen Auftreten des Initialaffectes und der Secundärsymptome zugeben, für die erste Incubation dagegen läugnen, somit behaupten, der Initialaffect sei, so lange er in Bildung begriffen sei, der ausschliessliche Sitz des Syphilisvirus, also ein Localaffect, die locale Reaction auf die vollkommen localisirte Vermehrung des Syphilisvirus am Orte der Infection. Als Stützen dieser Ansicht führen die Unitarier an, dass es einmal in seltenen Fällen gelinge, mit dem Secret des Initialaffectes selbst am Träger Papeln und Sclerosen zu erzielen. Als solche positive Fälle werden die Inoculationsversuche von Bidenkap[150]), H. Lee[151]), Rieger[152]) angeführt. Welchen Werth diese Fälle haben, wie viel von dem erzielten Resultate wirklich Autoinoculation und wie viel auf Rechnung des Reizes, den die Impfung in dem syphilitischen Organismus veranlasste, zu setzen ist, will ich nicht discutiren und nur auf meinen eben erwähnten Fall hinweisen, in dem einfache Reizung der Haut, sechs bis sieben Wochen post infectionem, Papeln erzeugt hat. Es vergessen aber Jene, die die wenigen Fälle von positivem Erfolg von Autoinoculation des syphilitischen Initialaffectes für die locale Natur desselben ins Feld führen, dass

[150]) Bidenkap, Wien. medicinische Wochenschr. 1865.

[151]) H. Lee. Lancet. 1875.

[152]) Rieger. Ueber Schanker und Schankroid. Diese Vierteljahresschrift 1881.

diese Fälle, abgesehen von ihrer Deutung, doch nur Ausnahmen sind, dass sie aber zur Regel gehören müssten, wenn eben der syphilitische Initialaffect local wäre, dass sie also wegen ihrer extremen Seltenheit absolut nicht beweiskräftig und als Ausnahmen anzusehen sind, die das, was sie beweisen sollen, nicht beweisen.

Die Frage der Excision des Initialaffectes und die Verhinderung der Allgemeinsyphilis durch diese ist noch viel zu unklar, als dass sie in dieser Frage den Ausschlag geben könnte, widerlegt ist also die Ansicht der Dualisten, was das Uebergehen von Virus in den Organismus während der ersten Incubation betrifft, gewiss nicht.

Es ist mir aber anderseits undenkbar, wie man sich das Localisirtbleiben des Virus im Localaffecte physiologisch denken solle. Vergegenwärtigen wir uns den Vorgang der Infection. An eine erodirte, wunde Stelle der äusseren Haut oder Schleimhaut kommt Syphilisvirus. Dasselbe ist, mag man es sich sonst vorstellen, wie man will, ein virus animatum. Es vermehrt sich in geometrischer Progression. Sei es die Vermehrung selbst, oder der durch den Lebensprocess des Virus bedingte local geänderte Chemismus veranlasst die localen Reactionserscheinungen, die vielleicht theilweise, wie z. B. die Erkrankung der Gefässe, direct als Abwehrerscheinungen gegen das Eindringen des Virus aufzufassen sind. Dass die Vermehrung des Virus eine bedeutende ist, können wir daraus erschliessen, dass die Reactionserscheinungen in loco infectionis nach etwa drei Wochen die Dimensionen eines oft haselnussgrossen derben Knotens erreicht haben. Diese Reactionserscheinungen gehen, der Vermehrung des Virus proportional, anfangs langsamer, später rascher vor sich, und das, was wir Incubationsperiode nennen, ist durchaus keine Zeit der Reactionslosigkeit, sondern nur der messbare Zeitraum, der zwischen dem Beginn der Reaction und dem Wahrnehmbarwerden derselben verstreicht.

Stellen wir uns, um ein concretes Beispiel zu nehmen, das Syphilisvirus als Mikroorganismus, Bacterie oder Coccus vor, und nehmen wir an, es kamen bei einer Infection vier solche Mikroorganismen an die Infectionsstelle, die sich stets innerhalb vierundzwanzig Stunden auf das Doppelte vermehren (zwei Annahmen, die gewiss an der untersten Grenze des Möglichen liegen, da die



Zahl der bei einer Infection übertragenen Mikroorganismen weitaus grösser, ihre Vermehrung bedeutend rascher zu sein pflegt), so wird sich die Zahl dieser Bacterien bis Ende der ersten Woche auf 256, Ende der zweiten auf 32.768, Ende der dritten Woche schon auf 4,165.504 Mikroorganismen vermehren. Und von diesen 4,165.504 Mikroorganismen, die in den Bindegewebsspalten, Saftlücken, Gefässscheiden, Lymphspalten etc. des Initialaffectes sitzen, soll, trotzdem der Initialaffect doch nach allen Seiten mit dem übrigen Organismus durch Blut-, Lymphgefässe, Saftkanäle und die Verbindung der Zellen selbst im Zusammenhange ist, und „die gewaltige Hypertrophie aller Cutisbestandtheile dafür spricht, dass ein mächtiger Ernährungsstrom durch die Sclerose hindurchgeht (Auspitz)", während drei Wochen auch nicht eine einzige in den übrigen Organismus übergehen und erst nach dieser Zeit soll plötzlich der Uebergang in den Organismus stattfinden? Nun ist aber die Vermehrung des Virus gewiss eine noch weitaus bedeutendere, als die oben supponirte. Ferner bedenke man nur, dass die Kreislaufsgeschwindigkeit beim Menschen 23·1 Sec. beträgt, also die gesammte Blutmasse des Menschen innerhalb drei Wochen den Initialaffect etwa 78.000 Mal passirt. Ich will nun damit durchaus nicht sagen, dass Virus durch die Blutmasse in den Organismus übergehe, denn sonst müsste es noch viel rascher sich im Gesammtorganismus befinden, als es so geschieht, auch sind die Blutgefässe mit ihren starken, durch die Endarteriitis noch verdickten Wandungen von einer Invasion des Syphilisvirus vielmehr gesichert, als die klaffenden Lymphgefässe und Spalten — aber die Saftströmung und Lymphcirculation in dem Initialaffecte, die ja von den Blutgefässen weg, gegen die Lymphdrüsen zieht, ist der Blutbewegung proportional, und die viele Lymph- und Gewebsflüssigkeit, die den Initialaffect passirt, sollte nichts von dem Virus mitführen? Nein! die Behauptung, dass der Initialaffect mit dem in ihm wachsenden Virus durch drei Wochen vollkommen local bleibe, ist physiologisch undenkbar*). Hiezu kommt nun noch ein weiterer Grund.

*) Baumgarten hat jüngst nachgewiesen, dass bei experimentellen Tuberculoseimpfungen in die vordere Augenkammer, die Tuberculosebacillen lange schon bevor sich der Localaffect entwickelt, schon in allen Geweben zu finden sind.

Die dem Initialaffect nächsten Lymphdrüsen sind, wie oben des Näheren angeführt wurde, metastatischer Natur, durch Einwanderung von Virus aus dem Initialaffecte, auf dem Wege der Lymphbahn, bedingt. Nun wird diese Drüsenschwellung meist wenige Tage, spätestens acht Tage nach dem Initialaffect oft aber nur zwei bis drei Tage, ja nicht selten gleichzeitig mit dem Initialaffect bemerkbar. Die Erkrankung der Drüse ist, wie anatomische Untersuchung und Experiment erwiesen haben, eine Wiederholung des Processes, der dem Initialaffect zu Grunde liegt, dieser Process ist wohlgemerkt ein chronischer, und dasselbe Virus, das zur Erzeugung des typischen Initialaffectes drei Wochen brauchte, bedarf zur Erzeugung derselben chronischen Veränderungen in der Drüse im besten Falle acht Tage, im schlimmsten Falle aber nur achtundvierzig Stunden und weniger. Denn in dieser kurzen Zeit müsste oft die Drüsenveränderung fertig werden, wenn der Uebergang von Virus aus dem Initialaffecte innerhalb der ersten Incubation geläugnet würde. Ist es nicht logisch viel richtiger, für die Drüsensclerose, die der Initialsclerose in Allem so analog ist, auch ein längeres Incubationstadium, d. h. ein Stadium von uns unbemerkter Action des Virus, vorauszusetzen. Nehmen wir, um die Analogie mit dem Initialaffecte festzuhalten, für die Drüsensclerose ein dreiwöchentliches Incubationsstadium an, so würde dies voraussetzen, dass das Virus zwei bis acht Tage post infectionem in die Drüse gelange, damit also der Initialaffect aufhöre, rein local zu bleiben, eine Annahme, die mit den bekannten Versuchen und Erfahrungen. Sigmund's [153]) vollkommen übereinstimmt. Wir haben uns nach all dem Gesagten den Vorgang der syphilitischen Infection also so vorzustellen, dass das an den Ort der Infection eingebrachte Virus hier ein Nest bildet, sich vermehrt, und als Ausdruck der Vermehrung sich der Initialaffect bildet, dass aber sehr frühzeitig, meist wenige Tage nach der Infection, gleichzeitig mit der beginnenden Bildung des Initialaffectes, durch die, den locus invasionis durchziehende Lymph- und Saftströmung Virus fortgerissen und in die benachbarten Lymphdrüsen gebracht wird, woselbst wieder Fortsetzung und Vermehrung eines Theiles des

[153]) Sigmund. Ueber die Behandlung der ersten Merkmale der Syphilis. Wien. Mediz. Wochenschr. 1867.



Virus stattfindet, während ein anderer weiter transportirt, in nächst höhere Drüsen und endlich in die Blutcirculation gelangt.

Initialaffect und Lymphdrüsen sind also als Brutstätten des Virus anzusehen, in denen das Virus vermehrt und von wo es continuirlich abgeführt wird. Die Sclerose derselben ist ein Zeichen weit vorgeschrittener localer Sättigung, womit aber durchaus nicht gesagt sein soll, dass vor Eintritt derselben eine Abfuhr von Virus nicht stattfände, diese locale Sättigung ist nur die Folge davon, dass die örtliche Vermehrung die Abfuhr übertrifft. Auch die entfernteren Drüsenschwellungen entstehen wohl in der Weise, dass das aus den letzten Drüsen, die mit dem Initialaffect direct verbunden sind, austretende Virus in die Blutbahn und mit dem Blute in alle Lymphdrüsen gelangt, wo es wieder Brutstätten findet.

Von allen diesen Brutstätten nun wird Virus producirt und successive abgegeben und so dem Organismus allmälig immer mehr Virus zugeführt, derselbe langsam durchseucht. Der Ausdruck vollendeter Durchseuchung ist die Eruption. So lange als diese nicht eintritt, ist der Organismus noch nicht so durchseucht, dass sich nicht experimentell durch Impfung von Syphilisvirus eine neue Brutstätte, also ein neuer Initialaffect bilden könnte, der sich aber, in einem schon theilweise durchseuchten Organismus, wie die oben genannten, und jüngst von Pontoppidan [154]) veröffentlichten Versuche beweisen, nur abortiv entwickelt. Das Haften einer neuen Impfung, also die Etablirung eines neuen Initialaffectes ist kein Beweis von der Seuchefreiheit, sondern nur von der noch nicht völligen Durchseuchung des Organismus, es kann ja an einem Blatternkranken durch Impfung noch immer schöne Vaccine erzeugt werden (Kaposi). Aber die Thatsache, dass solche Impfungen von neuem Syphilisvirus nur schwer haften, und nur, wenn sehr frühzeitig ausgeführt, „so lange die Induration noch dubiös ist" (Pontoppidan) und auch dann nur abortiven Verlauf geben, beweisen eben, wie frühzeitig der Uebergang des Virus in den Organismus und die Durchseuchung desselben beginnt.

---

[154]) Pontoppidan, diese Vierteljahresschrift 1883.

Fig. 15.

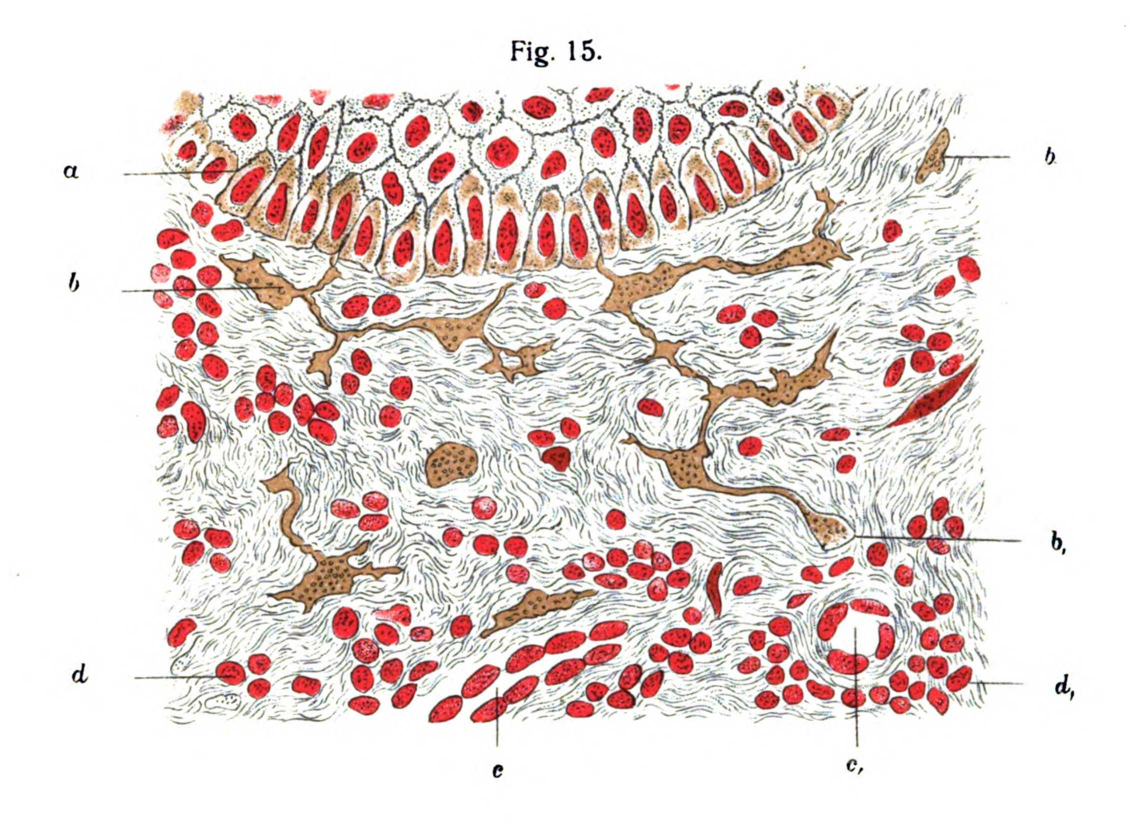
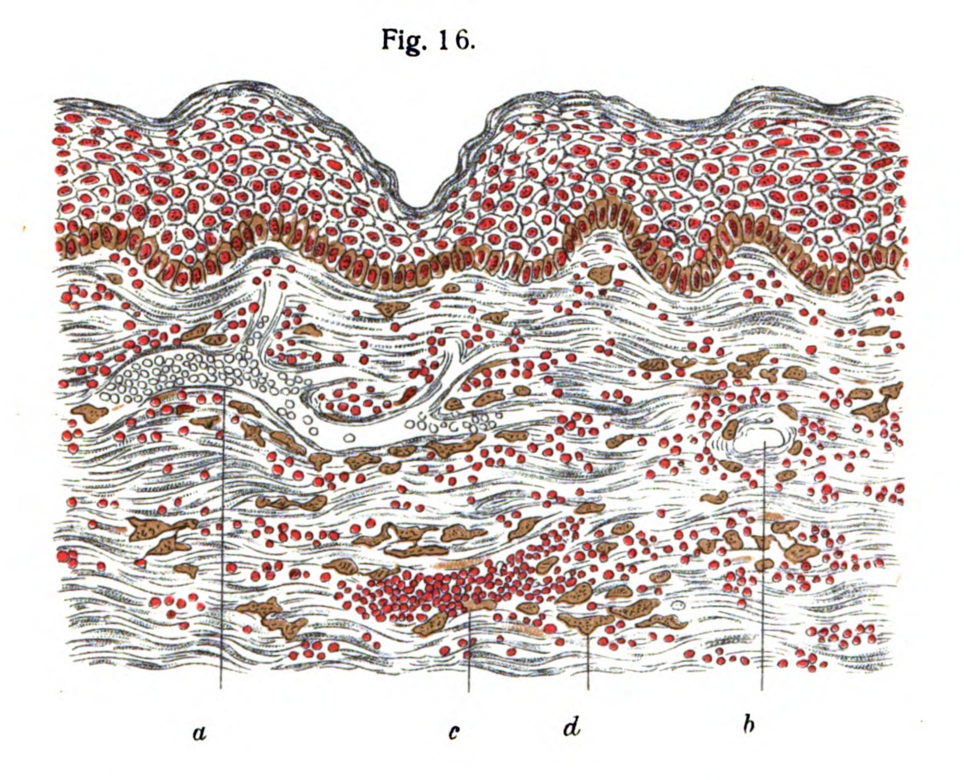


Fig. 16.



NEUMANN: Histolog. Veränd. bei den Hautsyphiliden.

Druck v. Sinsel & Co., G. m. b. H., Oetzsch-Leip.

Wenn wir also auch den Satz, der Initialaffect sei kein Localaffect, sondern der Ausdruck der bereits vollendeten Allgemeininfection, durchaus nicht aufrechterhalten wollen, so sind doch die von uns oben angeführten Gründe für uns genügende Beweise, dass der Uebergang von Virus in den Organismus bereits während der ersten Incubation stattfindet, der Initialaffect, wenn auch Ausdruck localer Reaction, doch sicher in dem Sinne kein Localaffect ist, dass er zur Zeit seiner Entstehung das einzige Depôt des Siphilisvirus im Organismus darstellt.

II. Der weiche Schanker, die venerische contagiöse Helcose (Sigmund).

Ich habe schon Eingangs darauf hingewiesen, dass Hunter, wiewohl Identist, doch eigentlich auch Dualist war, und obzwar er das Virus des Trippers mit dem der Syphilis für identisch erklärte, doch anderseits durch das Syphilisvirus nur eine einzige, ganz genau charakterisirte Form des Initialaffectes entstehen liess, es ist das der später nach ihm genannte Hunter'sche Schanker, die syphilitische Initialsclerose. Ich habe weiters darauf hingewiesen, dass Babington eine Reihe von Thesen aufstellte, die mit denen der späteren „Deutschen Dualitätslehre" viel Aehnlichkeit hatten, dass endlich die Lehren Carmichael's und Abernethy's eigentlich nur Uebertreibungen der Hunter'schen Dualitätslehre waren. Aber auch am Continent fing unter Anhängern Hunter's an, eine Art von Dualitätslehre Platz zu greifen, gestützt auf die Erkenntniss, dass es viele contagiöse Geschwüre gebe, die doch keine Allgemeinsymptome nach sich ziehen. So lesen wir bei Swediaur:[155] „Die meisten neueren Schriftsteller und praktischen Aerzte vermengen unter dem Namen Schanker alle Geschwüre, welche an den Geschlechtstheilen oder in ihrer Nachbarschaft entstehen; einige erstrecken diese Benennung auf alle Geschwüre, an was immer für einem Theile des Körpers, insoferne sie von dem syphi-

[155]) Swediaur. Vollständige Abhandlung über die Zufälle, die Wirkungen, die Natur und die Behandlung der venerischen Krankheiten. Aus dem Französ. v. Eyerel. Wien 1798.



litischen, in die Blutmasse eingezogenen Gift entstehen; andere geben den Namen Schanker auch solchen Geschwüren, die an anderen Theilen des Körpers erscheinen, aber nur alsdann, wenn sie von einer ursprünglichen syphilitischen Ansteckung herrühren; und sie nennen alle Geschwüre, an was immer für einem Theile des Körpers venerisch, wenn sie eine Folge der allgemeinen Lustseuche, oder des in der ganzen Masse der Säfte verbreiteten syphilitischen Giftes sind.

Da also die Bedeutung des Wortes Schanker so schwankend ist und leicht zu Irrthümern verleiten kann, so habe ich mich desselben in diesem Werke gar nicht bedient. Ebensowenig glaube ich das Wort venerisch hinzusetzen zu müssen, weil ich meinen Lesern gleich aufangs die Idee beizubringen suchte, dass auf den Beischlaf Geschwüre erfolgen können, die keineswegs von dem syphilitischen Gift herrühren. Diese Unterscheidung ist in der Ausübung von grösster Wichtigkeit.

Man kann sich inzwischen leicht überzeugen, dass es heutzutage, wie zu den Zeiten des Celsus, Geschwüre an den Zeugungstheilen beider Geschlechter gibt, die, ob sie gleich durch den Beischlaf entstanden sind, und durch die unmittelbare Berührung sich fortpflanzen, demungeachtet nicht von einer syphilitischen Natur sind, und von einer Schärfe oder von irgend einer anderen, ganz verschiedenen Ursache entstehen.

Sehen wir nicht zuweilen, dass Geschwüre an dem Geschlechtstheile mehrere Wochen, sogar Monate fortdauern, ohne Leistenbeugen oder andere Zufälle einer allgemeinen Ansteckung hervorzubringen."

Aehnlich äussert sich Girtanner[156]): „Sowie ein jeder in die Harnröhre gebrachte Reiz einen Tripper erzeugt, ebenso verursacht auch ein jeder von aussen an die Zeugungstheile gebrachte Reiz Entzündung, Eiterung und Geschwüre, welche von wirklich venerischen gar nicht zu unterscheiden sind. Dergleichen nichtvenerische Schanker kommen häufiger vor als man glaubt, und entstehen zuweilen nach dem Beischlaf mit der gesündesten Person.

[156]) Girtanner. Abhandlung über die vener. Krankheit. Wien 1803.



Dergleichen nicht venerische Schanker kamen schon in den ältesten Zeiten vor. Celsus und andere erwähnen derselben.

Man darf daher keineswegs jedes Geschwür an den Zeugungstheilen sogleich für venerisch erklären."

Gleichlautend sind die Angaben Louvrier's:[157]) „Obschon venerische Schanker leicht zu erkennen sind . . . so können doch an den Zeugungstheilen Geschwüre erscheinen, die zwar ebenfalls durch den Beischlaf fortgepflanzt werden, aber doch nicht syphilitisch sind."

Diese ersten Regungen des Dualismus wurden aber im Keime erstickt, als Ricord den Streit über die Identität des Trippers und Syphilisvirus begann, die Nichtidentität dieser beiden nachwies, gleichzeitig aber für die in die Chablone des „weichen" und „harten" Schankers gezwängten Geschwüre die Unität des Syphilisvirus proclamirte.

Während Bassereau die Dualität der Geschwüre, Bärensprung-Zeissl die Dualität der Gifte als These aufstellten, welche beide Lehren dem sogenannten weichen Schanker ein eigenes Virus vindiciren, Rollet durch den „gemischten Schanker", den französische und deutsche Dualisten acceptirten, gewissen Einwürfen gegen die strenge Dualitätslehre zu begegnen glaubte, sich also die Dualitätslehre ziemlich stabil erhielt, hat im Lager der Unitarier die Meinung über den weichen Schanker manche Aenderung erfahren, die im Folgenden zu skizziren unsere Aufgabe sein soll. Der ursprüngliche französische Unitarismus, der von Ricord proclamirt wurde, kennt wohl zwei verschiedene Formen des Schankers, den weichen und harten, lehrt aber, dass beide Formen von demselben Virus kommen, von dem einen der andere übertragen werden kann, beide Folgen der syphilitischen Infection sind, auf beide syphilitische Consecutiva folgen können und macht das Auftreten der Consecutiva einzig und allein vom Organismus abhängig. Die Disposition oder Nicht-Disposition desselben sollte einzig das Auftreten oder Ausbleiben von Consecutivis bedingen. Dieser Ansicht stellte sich bald die Ueberzeugung entgegen, dass die beiden Schankerarten sich jedes in ihrer Art fortpflanzt, sowie

---

[157]) Louvrier. Nosographisch-therapeutische Darstellung syphilitischer Krankheitsformen. Wien 1809.

dass die eine dieser Arten, der harte Schanker, fast immer Consecutiva bedinge, der andere dagegen fast nie. Es musste also die Disposition als veranlassendes Moment für die Entwicklung der Consecutiva an Werth verlieren, ebenso wie die Ansicht, dass beide Schankerarten Produkte ganz des gleichen Virus seien.

Geistig am nächsten mit dieser Lehre verwandt und daher am besten hier anzureihen sind die Ansichten Köbner's [158]), die derselbe durch eine Reihe von Impfungen begründet. Das Resultat dieser Impfungen lässt sich in die folgenden Sätze zusammenfassen: 1. Während man mit dem serösen, dünnen, an Eiterzellen armen Secret eines erodirten inficirenden Schankers keinen Impferfolg, oder nur abortive Pusteln erhält, producirt der Eiter, den man durch mechanische Irritation von Sclerosen und Papeln erhält, bei dessen Impfung rasch Pusteln und in Generationen impfbare Geschwüre, weiche Schanker. 2. Durch Verdünnung des Eiters weicher Schanker vermag man die Intensität der Wirkung desselben herabzusetzen und das Auftreten der Reaction um einige Tage hinauszuschieben.

Aus diesen beiden an und für sich richtigen und interessanten Thatsachen schliesst nun Köbner und dessen Anhänger wie folgt: „Weicher und inficirender Schanker sind Folgen desselben Virus, das nur in seiner Intensität und Zusammensetzung variirt und dessen stärkste Modification das Bild acutester Gewebsnekrose, den einfachen, weichen Schanker, eine mildere Modification dagegen die syphilitische Primärform erzeugt." Ob aus den zwei oben angegebenen Prämissen dieser Schluss folgt, will ich der Logik jedes einzelnen meiner geneigten Leser zur Entscheidung überlassen. Meinem beschränkten Unterthanenverstand fehlen eine ganze Reihe von Gliedern in dieser Kette. So frage ich, womit erwiesen ist, dass das eitrige Secret einer irritirten Sclerose oder Papel und des weichen Schankers, die beide wieder weiche Schanker produciren, wirklich die stärkere Modification des Virus enthalten. Stellt man sich, wie dies nicht selten dargestellt wird, blos verschiedene Concentrationsgrade desselben Virus vor, so sollte man denken, dass durch die Zunahme des Gehaltes am Eiterkörperchen das Secret einer Sclerose, der Concentration des Virus nach, eher verdünnt

[158]) Köbner. Experimentelle Mittheilungen aus der Dermatologie.

als intensiver werden sollte. Ebenso müsste es dann gelingen, durch Verdünnung des eitrigen Secretes weicher Schanker oder jener Geschwüre, die durch eitrig zerfallende Syphilisprodukte (Sclerose und Papel) erzeugt werden, endlich jene mildere Modification, jene Verdünnung des Virus zu erzeugen, die den syphilitischen Initialaffect producirt. So lange diese beiden Beweise nicht erbracht sind, können wir Köbner's Ansicht für eine geistvolle Hypothese ansehen, unter die wissenschaftlich erhärteten Thatsachen aber ist sie nicht zu reihen, sie fällt, sobald nur eine Thatsache gegen sie angeführt werden kann.

Impfungen von Produkten syphilitischer Efflorescenzen waren auf syphilitische Individuen schon vor Köbner vielfach vorgenommen worden, sie ergaben Resultate, welche zu dem Satze führten, der weiche Schanker sei die Folge der Impfung von Syphilisvirus auf Syphilitische. Die Berechtigung dieses Satzes werden wir nun zu prüfen haben. Der Erste, der bei der Impfung von Eiter einer zerfallenden Sclerose am Träger einen weichen Schanker erhielt, war ein Dualist, Clerc.[159]) Dieser stellte, was die Aetiologie des weichen Schankers betrifft, die These auf: le chancroide a pour origine une inoculation itérative, positive du virus de la syphilis aux individus ayant ou ayant eu la syphilis constitutionelle; il est l'hybride de la syphilis. Trotzdem war Clerc bei seiner dualistischen Ansicht verblieben, weil er die Ueberzeugung hatte, dass der einmal gebildete weiche Schanker sich sowohl auf Syphilitische als auf Gesunde nur mehr als solcher fortpflanze und nie von constitutionellen Symptomen gefolgt werde, also eine stets local bleibende Geschwürsform darstelle, die von dem inficirenden Schanker vollständig zu trennen sei. Die Wiederholung solcher Versuche von Seite französischer Syphilidologen, insbesondere aber die Versuche der Syphilisatoren Böck, Bidenkap, Sperino, endlich Impfungen von Auspitz und Pick*) haben zu der Ueberzeugung geführt, dass wohl das spärliche wässerige Secret nässender, ero-

[159]) Clerc. Du Chancroide syphilitique. Paris 1854.

*) Nachdem diese Versuche in Auspitz: „Die Lehren vom syphilitischen Contagium. Wien 1866" ausführlich angeführt sind, ist ein näheres Eingehen auf dieselben hier wohl überflüssig.

dirter Sclerosen und Papeln am Träger nicht hafte oder nur abortive Pusteln erzeuge, dass aber dadurch, dass man diese Formen, ja selbst trockene Papeln auf irgend eine Weise, durch Anwendung eines Haarseiles, Auflegen einer Salbe aus Sabinapulver, Brechweinstein, also durch Irritation, in Eiterung versetzt, dieser Eiter in Generationen impfbare weiche Schanker erzeugt. Dasselbe Resultat lieferten auch zerfallende Sclerosen, Papeln, der Eiter pustulöser Syphilide. Diese Versuche gaben Veranlassung zur Aufstellung der folgenden zwei Sätze: 1. Die Ansicht der Dualisten, dass der harte Schanker am Träger nicht inoculabel ist, ist unrichtig, auch der harte Schanker ist autoinoculabel, das Produkt dieser Inoculation ist aber ein weicher Schanker. 2. Der weiche Schanker ist das Produkt der Impfung von Syphilisvirus auf Syphilitische, also ein Derivat der Syphilis, durch Syphilisvirus erzeugt.

Wir können uns der Bemerkung nicht enthalten, dass die Logik dieser beiden Sätze auf etwas schwachen Füssen steht. Wie kann denn einmal von „Auto"inoculabilität des inficirenden Schankers gesprochen werden, wenn das Produkt dieser Impfung nicht ein harter, sondern ein weicher Schanker ist?

Was den zweiten Satz betrifft, so hat Bäumler[160]) auf die wunden Punkte desselben bereits aufmerksam gemacht.

Es ist doch eine unbestreitbare Thatsache, dass das syphilitische Virus ganz ebensogut in dem wässerigen Secret einer nässenden Sclerose oder Papel, als in dem Eiter zerfallender oder künstlich zum Zerfall gebrachter Primär- oder Secundärprodukte der Syphilis sich befindet. Wäre der weiche Schanker wirklich das Produkt der Impfung von Syphilisvirus auf Syphilitische, so müsste er durch das wässerige Secret ebensogut als durch den Eiter erzeugt werden. Da nun dies nicht der Fall ist, darf dieser Satz nur lauten: Der weiche Schanker ist das Produkt der Impfung syphilitischen (d. h. von syphilitischen Efflorescenzen herstammenden) Eiters auf Syphilitische.

Nun kam man aber bald zur Ueberzeugung, dass auch der Eiter nichtsyphilitischer Efflorescenzen auf Syphilitischen weiche Schanker erzeuge.

---

[160]) Bäumler. Syphilis in Ziemssen Handb.

So hat Pick, Reder und Kraus[161]) mit dem Eiter von Pemphigus, Acne, Lupus (im Vereine mit Auspitz) an Syphilitischen Pusteln erzielt, die sich in in vielen Generationen impfbare Geschwüre umwandelten.

Ferner hat Morgan[162]) mit den Produkten des Vaginalkatarrhs bei Syphilitischen, an den Trägerinnen und anderen Syphilitischen in Generationen impfbare weiche Schanker erzeugt. Zu demselben Resultate gelangte auch Boeck[163]). Ebenso theilt Rieger[164]) zwei interessante Fälle dieser Art mit. Der eine betrifft die Erzeugung weicher Schanker durch die Impfung mit dem Fluor cervicalis einer syphilitischen Publica, der zweite betrifft eine seit zwei Jahren syphilitische Publica, die in einer Woche drei Mediciner mit multiplem weichem Schanker inficirt. Die Untersuchung der Publica ergibt ausser einem Cervicalkatarrh nichts Abnormes. Impfung mit dem Secret desselben erzeugt an der Trägerin und einer anderen Syphilitischen weiche Schanker. Die drei Mediciner werden nicht von Consecutivis heimgesucht, ihre Schanker blieben weich und local. Als Resultat der angeführten Impfungen ergeben sich die Sätze:

1. Der weiche Schanker ist die Folge der Impfung genuinen (nichtsyphilitischen, von Acne, Pemphigus, Lupus, Fluor cervicalis herrührenden) Eiters auf Syphilitische.

2. Der weiche Schanker ist aber auch die Folge der Impfung von genuinem (von Fluor cervicalis herrührenden) Eiter einer Latentsyphilitischen auf Gesunde.

Endlich ist aber auch auf Gesunden mit genuinem Eiter geimpft worden und mit diesen Impfungen werden wir uns nun etwas eingehender zu beschäftigen haben.

Schon die Identisten und Pseudosyphilitiker, Hunter, Abernethy, Carmichael, hatten die Ansicht ausgesprochen, dass so

---

[161]) Siehe Auspitz, Lehren vom syphilit. Contagium. 1866.

[162]) Morgan. A new view of the origin and propagation of the venereal disease. Dublin quarterly journ. 1870.

[163]) Boeck. Erfahrungen über Syphilis, Stuttgart 1874.

[164]) Rieger. Ueber Schanker, Chancroid und ihre Metamorphosen. Diese Vierteljahresschrift 1881.



manches Geschwür am Genitale nicht von Syphilis, sondern nur von Trennung der Continuität und Besudelung mit verschiedenen Unreinlichkeiten entstehen könne. Evans [165]) trennt alle vom echten (Hunter'schen) Schanker sich unterscheidenden Geschwüre der Geschlechtstheile unter dem Namen Venerola, und lässt seine Venerola auf folgende Weise entstehen: 1. Durch den Beischlaf. Wahrscheinlich ist ihm, dass dabei verschiedene Gifte mitgetheilt würden, und zwar: a) Ein specifisches Gift, ein „alterated secret" von unbekannter Natur, das bei Einem nur Excoriationen, bei Anderen Tripper, beim Dritten Venerola erzeugt. Inoculation dieses Eiters von Venerola am Arm und Penis erzeugt wieder Geschwüre. b) Venerola kann auch aus eigentlicher Trippermaterie entstehen. Er beruft sich auf Fälle, wo Weiber, die nur mit Tripperfluss behaftet waren, dennoch den Mann mit Venerola ansteckten, doch gelang es ihm nie, durch Impfung mit Trippereiter ein venerolisches Ulcus zu erzeugen. c) Venerola kann auch so entstehen, dass das Weib, mit dem der Beischlaf ausgeübt wurde, nur eine Continuitätstrennung oder veränderte Secretion darbietet. Er beruft sich hierbei auf die Untersuchungen der Freudenmädchen in Valenciennes, die, einmal 200 an der Zahl, keine ein Geschwür darboten, während von den sie frequentirenden Soldaten mehrere mit Geschwüren im Spital lagen.

Die Anhänger Broussais haben ja alle am Genitale, in Folge des Beischlafes entstandenen Geschwüre auf die Wirkung genuinen Eiters zurückgeführt.

Als durch Ricord die experimentelle Impfung in grossem Style in die Syphilislehre eingeführt wurde, begegnen wir bald auch Impfversuchen mit genuinem Eiter an Gesunden.

So hat Sharlot [166]) durch Impfung mit dem Eiter von Pemphigus vulgaris in Generationen impfbare Pusteln und Geschwüre erzielt.

Lichtenstein [167]) durch Impfungen mit dem Eiter, den er durch Tartarus emeticus erzeugten Pusteln entnahm, wieder Pu-

[165]) Evans, Pathological and practical remarks on ulcerations of the genital organs. London 1809.

[166]) Sharlot, Caspar's Wochenschr. der ges. Heilk. 1841.

[167]) Lichtenstein, Impfungen von durch Tartarus stibiatus erzeugten Pusteln. Hufeland's Journal 1842.

steln erzeugt, die der Variola so ähnlich waren, dass er so weit ging, derartige Pusteln als Surrogat bei der Vaccination zu verwenden.

Ranzi [168]) hat erfolgreiche Impfungen mit dem Eiter, den er gereizten Blutegelstichen entnahm, an sich selbst gemacht. Malcazzi [168]) hat den Inhalt von Herpesbläschen einer gesunden Frau mit gleichem Erfolge eingeimpft.

Sommer [169]) hat den Eiter von Impetigo überimpft und in 8 Fällen Pusteln und flache Geschwüre erhalten.

Impfungen verschiedener pathologischer Secrete in grösserem Massstab hat Bärensprung [170]) vorgenommen und zuweilen Resultate erhalten, welche dem Impfschanker mehr oder weniger ähnlich waren:

Impfungen mit Trippereiter, sowie mit dem gewöhnlichen Zellgewebsabscesse waren negativ, oder gaben ein entzündliches Knötchen.

Impfungen mit Eiter von Balanitis: War der Eiter frisch, dann war das Resultat negativ. Häufiger aber, und besonders wenn mit der Balanitis Phimose verbunden war, also eine Stagnation des Eiters unter der Vorhaut stattgefunden hatte, fuhr an der Impfstelle eine Pustel auf, die aber niemals in ein Geschwür überging, noch eine Narbe hinterliess. Wurde die Pustel vor ihrer Berstung zerstört, so zeigt sich an ihrer Stelle nur eine kleine Excoriation. Dasselbe Resultat ergaben ferner Impfungen mit dem Secret secundär-syphilitischer Geschwüre der Haut und des Rachens. Dasselbe Resultat ergaben ferner einige Impfungen mit dem Inhalt der Bläschen und Pusteln von Varicella, Impetigo, Ecthyma. Nicht immer bildete sich eine Pustel, und wo dies der Fall war, vertrocknete sie meist nach wenigen Tagen. Nur in einem Falle, wo B. sich und einen Collegen mit dem eitrigen Inhalt von Zosterbläschen und in einem zweiten, wo er mit dem Eiter einer Ecthymapustel den Kranken selbst impfte, gaben die nach der Impfung

---

[168]) Ranzi und Malcazzi citirt bei Ricordi, sul valore delle inoculationi in Sifilografia 1868.

[169]) Sommer, Neue Erfahrungen über die Impffähigkeit der Syphilis und von Hautkrankheiten. Behrend, Syphilid. VI. 1845.

[170]) Bärensprung, Charité-Annalen VI. 1855.



sich bildenden Pusteln zu oberflächlichen Geschwüren Veranlassung, welche nach 8—14 Tagen heilten.

Als Ergebniss seiner Impfungen stellt B. folgende zwei Sätze auf. 1. Frischer Eiter, auf die gewöhnliche Weise geimpft, ruft keine Reaction hervor. Stagnirender Eiter oder andere pathologische Secrete, in denen eine Zersetzung begonnen hat, erzeugen eine oberflächliche Hautentzündung, welche sich durch eine an der Impfstelle auffahrende Pustel zu erkennen gibt, die nach wenigen Tagen wieder eintrocknet, in seltenen Fällen zu einer oberflächlichen Verschwärung führt. Faulender Eiter und faulende Thierstoffe erzeugen ebenfalls eine Pustel, die hierin sich aussprechende Reaction nimmt von vorneherein einen ulcerativen Charakter an und erzeugt ein in die Fläche und Tiefe langsam um sich fressendes Geschwür, welches immer eine strahlige Narbe hinterlässt. Ganz ähnlich ist die Wirkung des inoculirten syphilitischen Eiters. 2. Eine an der Impfstelle auffahrende Pustel ist durchaus kein Beweis für die syphilitische Natur des Impfstoffes, nur wenn sich ein Geschwür entwickelt, das rasch um sich greift, und faulige Zersetzung des Impfstoffes sich ausschliessen lässt, kann es als hinreichend sicheres Kriterium für die syphilitische Natur gelten.

Porter [171]) kann sich von dem Nutzen der Probeimpfungen durchaus nicht überzeugen. Es lässt sich durchaus kein Grund angeben, warum der Eiter irgend eines beliebigen Geschwüres auf eine andere Stelle bei ein und derselben Person übertragen, nicht immer wieder ein gleiches Geschwür mit demselben Charakter und denselben Erscheinungen hervorrufen werde, und warum die Schwierigkeit, welche bei der Bestimmung des Charakters des ersten Geschwüres stattfindet, nicht auch bei der Bestimmung des Charakters des zweiten Geschwüres bestehen solle.

Hübbenet [172]) hat mit genuinem Eiter in mehreren Fällen, die ich im Auszug folgen lasse, positiven Impferfolg erzielt:

I. Weib an der Abtheilung von Prof. Oppolzer, bietet an den Streckflächen von Knie- und Ellbogengelenken zu 4—5 beisammenstehende, von einer Kruste gedeckte Geschwüre, die unter

[171]) Porter. On Syphilis. Dublin quarterly Journal. 1857.

[172]) Hübbenet. Die Beobachtung und das Experiment in der Syphilis. Leipzig 1859.

der Kruste nur einen rothen, excoriirten Fleck mit serös-eitriger Absonderung, ohne Verletzung des Corium darbieten.

Die Impfung mit dem Eiter eines dieser Geschwüre gibt eine Eiterpustel.

II. Kranker, der seit Jahren an Ohrenfluss leidet, seit 5 Monaten Geschwür an der Ohrmuschel, von dem ätzenden Ohrenfluss entstanden, der Meatus auditorius externus bedeutend geschwellt, über dem Ohrläppchen ein zweites Geschwür, das dünnen, blutigen Eiter producirt. Impfung desselben gibt eine Pustel, die sich nach 7 Tagen in ein kleines unreines Geschwür umwandelt, das nach drei Wochen verheilt.

III. 28jähriger Mann. Am linken Ellbogen ein aus vielen Tuberkeln gruppirtes Exanthem von braunrother Farbe. Einige dieser Tuberkel erweichen, bedecken sich mit Krusten und lassen bei Druck Eiter austreten, stellen schliesslich vertiefte Geschwürchen dar. Aehnliche Efflorescenzen an Schulter und Hodensack. Impfung mit dem Eiter vom Ellbogen gibt eine Pustel, die unter dem Uhrglas sich in ein Geschwür mit speckigem unreinem Grunde umwandelt. Zwei weitere Impfungen geben denselben Erfolg. Die stets unter Uhrglas gehaltenen Geschwüre heilen erst in zwei Monaten.

Röser [173]) hat Pemphigus vulgaris mit Erfolg geimpft und in Generationen impfbare Pusteln und Geschwüre erhalten.

Ricordi [174]) beruft sich auf die von uns citirten Impfungen von Ranzi, Malcazzi, Lichtenstein, und ist der Ansicht, ein an den Genitalien durch Einimpfung genuinen Eiters erzeugtes Geschwür könne beim geschlechtlichen Verkehr auf ein anderes Individuum übertragen werden, man könne contagiöse Geschwürsprocesse durch Impfung eitriger Stoffe, welche weder syphilitischen, noch venerischen Ursprungs sind, erzeugen. Die Impfresultate, welche an Syphilitischen mit syphilitischem Geschwürssecret erzeugt werden, bezeichnet er als falsche Reinoculationen.

Vidal [175]) hat mit dem Eiter von Ecthyma vulgare und von

---

[173]) Röser. Thèse de Paris. 1867.

[174]) Ricordi. Sul valore delle inoculationi in sifilografia. 1868.

[175]) Vidal. E. Inoculabilité des pustules d'ecthyma. Annal. de Dermat. et de Syphiligr. IV. 1873—74.



Ecthyma des typhösen Fiebers Impfungen vorgenommen und in $^1/_3$ der Fälle positives Resultat, d. h. Pusteln erhalten, die bis zu vier Generationen verimpfbar waren.

Tanturri[176]) ist der Ansicht, dass idiopatische und durch äussere Reize entstandene Verschwärung der Haut und vielleicht auch anderer Gewebe ein inoculirbares Produkt geben kann. Er hat positive Resultate von Impfung von Herpes, Scabies, Impetigo, Ecthyma erzielt, sowie ein durch Irritation entstandenes Geschwür bei einem Manne in 14 Generationen überimpfen können.

Hutchinson[177]) stellt den Satz auf, jeder lebende Eiter sei contagiös, d. h. er besitze die Fähigkeit in einem geeigneten Gewebe (home) eine Art von Entzündung anzuregen, die der ähnlich ist, von welcher der Eiter seinen Ursprung nahm. Der Eiter aber müsse lebend sein. Todter Eiter, wie der aus Abscessen, der schon fettig zerfallen sei, könne diese Eigenschaften nicht mehr äussern. Der Entzündungsprocess, den der Eiter producirt, werde am Ort der Aufnahme des Eiters nach Charakter und Stadium wiedergegeben. Eiter gewisser Gegenden sei wahrscheinlich für dieselben Gegenden wieder entschiedener contagiös. So vermag auch der Syphiliseiter contagiös zu sein und weiche Geschwüre zu produciren, ohne dass dabei das Virus eine Rolle spiele. Der weiche Schanker sei nicht der Abkömmling eines specifischen Virus, sondern komme als eine Art Nebenprodukt von der Entzündung, die durch die Syphilis erzeugt werde. Und so, wenn wir heute in der Lage wären, alle jene Secrete zu zerstören, die durch Contact weichen Schanker bilden, müssten wir erwarten, dass er sich in einigen Wochen wieder bildet.

Bumstead[178]) führt aus, es handle sich nicht mehr darum, ob es zwei verschiedene Gifte gebe, jenes der Syphilis und jenes des Schankers, sondern vielmehr, ob es neben dem Syphilisgifte überhaupt noch ein specifisches Gift gebe, welches venerische Ge-

---

[176]) Tanturri. Sull eterogenia dell ulcera nonsifilitica. Morgagni VIII. 1873.

[177]) Hutchinson. On soft chancres in their relation to Syphilis. Lancet 1875. II.

[178]) Bumstead. The virus of venereal sores etc. Transact. of the internation. med. Congress, Philadelphia, 1876.

schwüre hervorbringe, d. h. ob der sogenannte weiche Schanker nicht blos als Erzeugniss von einfachen Entzündungsprodukten anzusehen sei. Bumstead behauptet, venerische Geschwüre könnten sowohl durch das syphilitische Gift als durch Ueberimpfung von Entzündungsprodukten, als durch gleichzeitige Uebertragung beider entstehen. Er berichtet über den von Wiggleworth's bei Zeissl in Wien angestellten Versuch, dem es gelang, Acnepusteln an sich selbst in drei Generationen fortzuimpfen und schliesst daraus, dass 1. Entzündungsprodukte, in geeigneter Weise in die menschliche Haut eingeführt, Geschwüre erzeugen können, die Chancroiden sehr ähnlich, in Generationen fortimpfbar sind. 2. Dass dieser Eiter weder von einer syphilitischen Person stammen, noch auf eine syphilitische Person übertragen sein muss.

Vidal[179]) kommt auf Grund seiner Versuche zu dem Resultate, die Pusteln von Ecthyma, Impetigo, Herpes, Pemphigus, lieferten bei der Uebertragung auf den Träger und andere Individuen in Generationen impfbare Pusteln und Geschwüre. Von Eczem, Hydroa, Herpes zoster, Acne varioliformis, hat er keinen positiven Erfolg erzielt.

Endlich sagt Kaposi[180]): „Meine eigenen Versuche haben mich überdies gelehrt, dass nichtspecifischer Eiter, solcher von Acne- und Scabiespusteln nichtsyphilitischer Personen auch auf den Träger sowohl, wie auf andere nichtsyphilitische Personen überimpft, Pusteln erzeugt, deren Eiter sich in Generationen fortimpfbar erwies; dass aus den Pusteln Substanzverluste hervorgingen, die mit Narbenbildung heilten, und dass mit der fortschreitenden Zahl der durch Impfung erzeugten Pusteln die Haftbarkeit ihres Eiters sich verminderte und endlich ganz erlosch."

Es sei mir gestattet, hier über einige Impfungen zu berichten, die ich in der letzten Zeit vorgenommen habe, und deren Resultat in jeder Beziehung beachtenswerth ist. Veranlasst durch das besondere Interesse, das ich gerade dieser Frage immer entgegenbrachte, hatte ich schon in den Jahren 1880 und 1881 eine

---

[179]) Vidal. Sur l'inoculabilité de quelques affections cutanées. Annal. de Derm. et de Syphil. IX. 1877—78.

[180]) Kaposi. Syphilis der Haut und Schleimhäute. 2. Auflage. Wien 1882.



grössere Reihe von Impfversuchen an Syphilitischen und Gesunden vorgenommen. Die Impfungen von Sclerosen- und Papeleiter an Syphilitischen gaben mir die bekannten Erscheinungen, rasch zerfallende, in einem Fall sogar serpiginös weiterschreitende, in Generationen weiter impfbare Geschwüre. Eben solchen, wenn auch nicht so intensiven Erfolg gaben die Ueberimpfungen von Pusteln, die ich durch Einreiben und Einimpfen von Tartarus stibiatus, Crotonöl in die Haut erzielte. Ebenso impfte ich Gesunde, d. h. Nichtsyphilitische mit Abscess- und Trippereiter, mit dem Eiter artificieller, durch Brechweinstein und Crotonöl erzeugter Pusteln.

Ich erzielte wohl auch hier in ein und dem anderen Falle Pusteln, ja selbst in zwei oder drei Generationen impfbare, seichte Geschwüre, doch der Erfolg war kein zufriedenstellender, ich musste mir sagen, dass auf diese Weise nicht vorwärts zu kommen sein werde.

Erst heuer (1884) im Sommer nahm ich die Impfungen wieder auf, jedoch unter wesentlich geänderten Modalitäten, und der nun erzielte Erfolg war ein über Erwarten günstiger.

Geleitet wurde ich bei der Vornahme dieser Impfungen einmal von dem Gedanken, dass alle bisherigen Impfungen immer von der äusseren Haut und auf diese gemacht worden waren, das Genitale bei solchen experimentellen Impfungen nie verwendet wurde, sowie andererseits von der Beobachtung, dass durch Vernachlässigung von Balanitiden, Ulcerationen an der Glans entstehen, die dem Ansehen nach nicht von weichen Schankern zu trennen sind. Ebenso fing ich an der Berechtigung zu zweifeln an, aus dem positiven Impferfolg eines Geschwüres am Genitale gleich auf die venerische Natur, d. h. die Acquisition desselben beim Coitus zu schliessen, nachdem mir einige solche Fälle von Ulcerationen am Genitale vorkamen, die bei der Ueberimpfung auf den Arm des Trägers charakteristische Impfgeschwüre gaben, trotzdem die Träger vorausgegangenen Coitus leugneten, mir die Anwendung des ebenso bequemen als wenig beweisenden Satzes: „omnis syphiliticus mendax", auf dieselben dagegen widerstrebte. Ich beschloss daher zunächst den Verlauf traumatischer Ulcerationen am Genitale zu studiren und von solchen zu impfen. Ich übergehe nun zur Aufführung der Fälle selbst.



Fall I. K. B. 17jährige Magd, aufgenommen 5. August 1884, hat angeblich den letzten Beischlaf vor 5 Monaten ausgeübt, leidet seit dieser Zeit an Fluss, zu dem sich vor einer Woche Intertrigo hinzugesellte, der sie zwang, Spitalshilfe aufzusuchen.

Status praesens vom 6. August: Die Haut der grossen und kleinen Labien, der Genitocruralfalten bis über den Damm herab und um die Afteröffnung geröthet, geschwellt, nässend, mit kleinen Knötchen, Bläschen und Pustelchen bedeckt, die am Rande der grossen und kleinen Labien schon in oberflächliche Excoriationen umgewandelt sind. Die Schleimhaut der Vulva, Vagina geröthet, reichlich rahmigen Eiter secernirend, aus der Urethra dickflüssiger Eiter auszudrücken. Die Diagnose: Blennorrhoea urethrae et vaginae, Eczema intertrigo war zweifellos, der Uterus und die virginale nach rückwärts gewendete Vaginalportion, deren Bedeckung auch intensiv geröthet war, bot nichts Abnormes dar. Von Syphilis an der kräftigen wohlgenährten Patientin keine Zeichen. Wie ich vorwegs bemerken und betonen will, befand sich seit Anfang Juni keine Patientin mit weichem Schanker auf Z.-Nr. 76 oder 74 und kam auch während der ganzen Zeit, während der ich die eben zu schildernden Versuche vornahm, keine zur Aufnahme. Dass die Versuche unter besonders sorgfältigen Cautelen, die Impfversuche insbesondere mit neuen, noch nie gebrauchten Lanzetten gemacht wurden, ist selbstverständlich.

Am 6. August nahm ich zunächst mit dem von dem Eczem sowohl, als der Vaginitis und Urethritis herrührenden Eiter Impfungen an der Innenfläche des linken Oberschenkels vor. Die Therapie war vollkommen exspectativ und bestand nur in der Auflegung von Bruns'scher Watte auf die äusseren Geschlechtstheile, Ausspülungen und Irrigationen wurden untersagt, Patientin, eine vernünftige und willige Person musste das Bett hüten, — Anordnungen, die gegeben wurden, um einmal möglichst jenen Zustand des Genitales zu erhalten, wie es bei solchen Individuen ausserhalb des Spitales, die ihrem Körper keine Pflege angedeihen lassen, permanent ist, dann aber um jede Möglichkeit einer Uebertragung von Virus von aussen her auf das Genitale zu verhindern, eine Massnahme, die eigentlich fast überflüssig war, da bei der Reinlichkeit und Schulung unseres Wartpersonales Infectionen zu den extremen Seltenheiten gehören, mir selbst während langjähriger



Spitalsdienstzeit kein Fall vorkam. — 8. August. Einige Papillome (spitze Condylome) von der hinteren Commissur der Vulva werden mittelst Schablöffel und Scheere entfernt. Die Impfungen vom 6. August sind negativ.

11. August. An der hinteren Commissur, dort, wo 8. August die Condylomata acuminata abgetragen worden waren, eine oberflächliche, mässig eiternde Erosion. Mit dem Eiter derselben wird an zwei Stellen der Innfläche des linken Oberschenkels geimpft. Eczema intertrigo verheilt.

13. August. Nachdem die Impfung vom 11. August negativ blieb, wird dieselbe am linken Oberschenkel wiederholt. Die bisher nicht behandelte Erosion an der hinteren Commissur wird mit reinem, eigens verschriebenem frischem Sabinapulver bestreut, welche Massnahme zweimal in 24 Stunden wiederholt wird.

18. August. Impfungen vom 13. August negativ. Erosion an der hinteren Commissur secernirt in Folge der Irritation des Sabinapulver reichlich guten Eiter. Mit diesem Eiter werden an der Innenfläche des linken Oberschenkels zwei Impfungen vorgenommen.

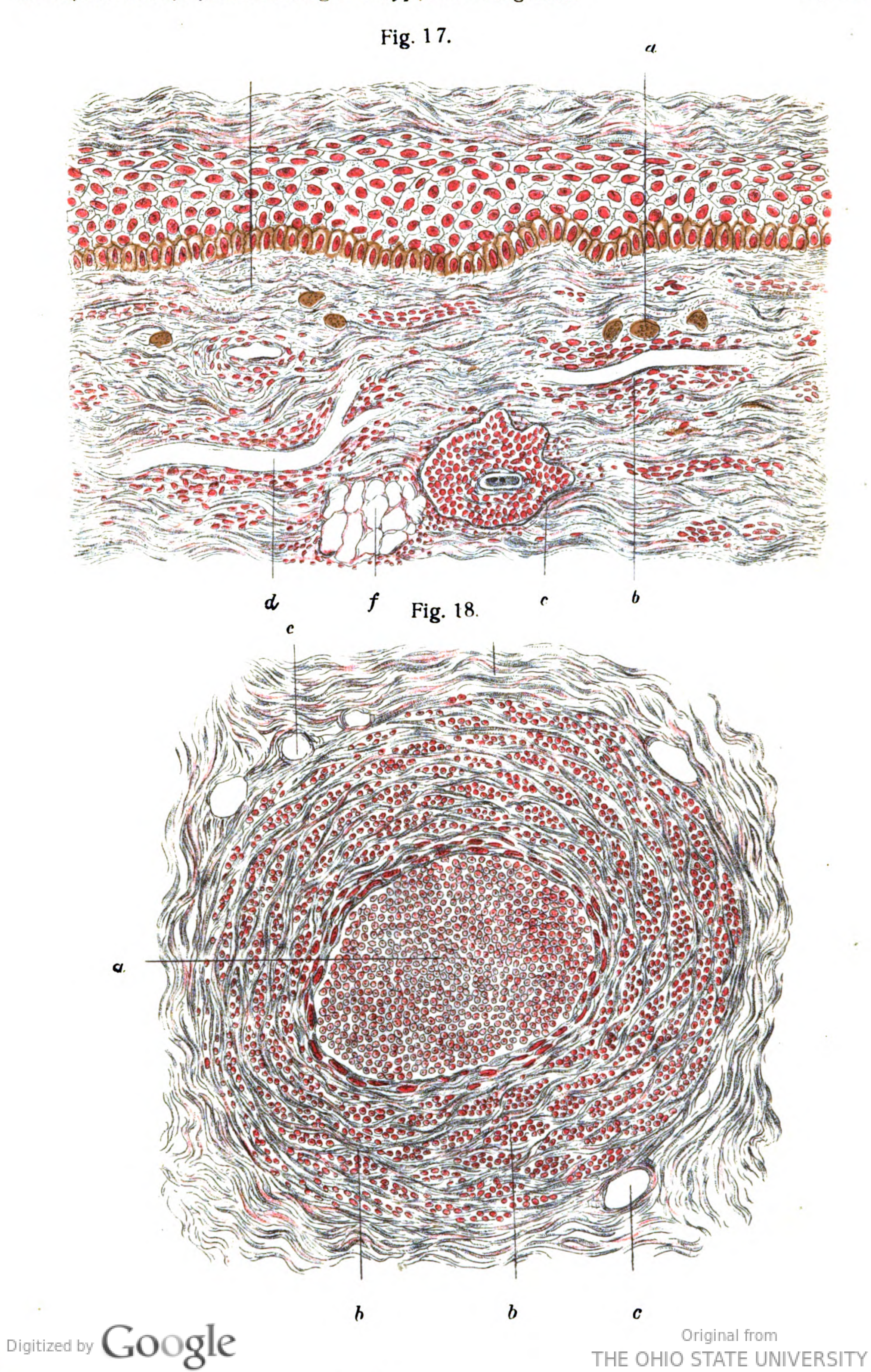
20. August. An den Inoculationsstellen an der Innenfläche des linken Oberschenkels vom 18. August zwei hirsekorngrosse Pusteln auf gerötheter Umgebung.

21. August. Pusteln fast linsengross. Mit dem Eiter derselben wird an zwei Stellen der Aussenfläche des rechten Oberarmes geimpft. 22. August. Am rechten Oberarm, an Stelle der Impfungen von gestern zwei hirsekorngrosse Pustelchen.

27. August. An den Impfstellen am rechten Oberarm zwei je linsengrosse, am linken Oberschenkel zwei fast einhalbkreuzergrosse auf gerötheter Basis aufsitzende trockene gelbbraune Borken, unter denen ebensogrosse locheisenförmige, steilrandige, reichlich eiternde Geschwüre mit allen Charakteren des Ulcus molle sitzen. Dieselben werden, um den Verlauf zu beobachten, nur mit trockener Bruns'scher Watte gedeckt. Erosion an der hinteren Commissur, nachdem kein Sabinapulver mehr applicirt wurde, verheilt, ohne je mit einem Ulcus molle Aehnlichkeit gehabt zu haben.

1. September. Geschwüre vergrössern sich mit Beibehaltung aller Charaktere, eitern reichlich. Trotzdem Patientin das Bett nicht verlässt, bildete sich in der linken Leiste, unter dem Poupart'schen Bande, doch eine taubeneigrosse, schmerzhafte, acut




Fig. 17.
a
d
f
c
b
Fig. 18.
c
a
b
b
c

entzündliche Drüsenschwellung aus, deren Veranlassung nur in den Impfgeschwüren an der Innenfläche des linken Oberschenkels zu suchen ist. Kalte Umschläge auf dieselbe.

5. September. Trotz Antiphlogose ist die Drüse in der linken Leiste doch fast faustgross geworden, fluctuirt und entleert bei der Incision reichlich Eiter. Jodoformverband. Die Geschwüre am linken Oberschenkel sind beide vierkreuzerstückgross, stossen fast bis zu Confluenz zusammen, eitern reichlich. Die Basis derselben ist drusig-uneben, der Rand livid, zackig, elevirt und unterminirt, die Umgebung geröthet, schmerzhaft. Nachdem über die volle Identität derselben mit weichen Schankern kein Zweifel mehr sein kann, ordnete ich Jodoformverband an.

17. September. Geschwüre am Oberarm verheilt, die am linken Oberschenkel flach, rein.

26. September. Adenitis und Geschwüre verheilt, Patientin wird entlassen.

Um mich von der Weiterimpfbarkeit der Geschwüre zu überzeugen, habe ich am 22. August den Pusteln vom rechten Oberarm der K. B. (Fall I) Eiter entnommen und mit demselben den K. K., aufgenommen mit Urethritis und Balanitis auf Z.-Nr. 72 am linken Oberarm geimpft. Drei hinter einander vorgenommene Impfungen ergaben Pusteln, die sich in typische Geschwüre umwandelten, die bis halbkreuzergross wurden und bei expectativer Behandlung bis zur Heilung vier Wochen bedurften. Da auch diese letzte Generation alle Charaktere weicher Schanker hatte, keine Abschwächung des Virus zu sehen war, unterliess ich weitere Verimpfungen, die zweifellos noch in vielen Generationen gehaftet hätten.

Fall II. L. A. 20 Jahre alt, Magd wurde am 19. Mai 1884 wegen rechtsseitiger vereiterter Bartholinitis, beiderseitiger acuter eiternder Lymphdrüsenentzündung, Harnröhren- und Scheidentripper auf Z.-Nr. 76 aufgenommen.

Bartholinitis und Adenitiden waren nach den usuellen Methoden chirurgisch und topisch behandelt worden. Von Lues war an Patientin keine Spur nachweisbar.

Bis zum 26. Juli waren, bis auf oberflächliche, reingranulirende Wunden in den Leisten, alle Krankheitserscheinungen



geschwunden. An diesem Tage erzeugte ich mit dem scharfen Löffel an der hinteren Commissur eine oberflächliche Erosion.

31. Juli. Die Erosion, die ich am 26. Juli erzeugt hatte, eitrig belegt, Impfung mit dem Eiter derselben an der Innenfläche des rechten Oberschenkels.

2. August. An den Impfstellen vom 31. Juli zwei über hirsekorngrosse Pusteln auf gerötheter Umgebung.

4. August. An der Innenfläche des rechten Oberschenkels zwei locheisenförmige, linsengrosse Geschwüre. Von denselben an zwei Stellen des rechten Oberarmes, von der mässig eiternden Erosion der hinteren Commissur an zwei Stellen des linken Oberarmes geimpft.

7. August. An beiden Oberarmen je zwei linsengrosse, auf gerötheter Umgebung aufsitzende Pusteln.

10. August. Geschwüre am rechten Oberschenkel halbkreuzergross, haben, sowie die Geschwüre an den Oberarmen alle Charaktere weicher Schanker. Erosion der hinteren Commissur rein, dem Verheilen nahe.

25. August. Die Geschwüre am Oberschenkel rechterseits, sowie die an den Oberarmen kreuzergross, scharf umschrieben, rund, mit reichlich eiterndem, drusig unebenem Grund, lividem, unterminirtem, feinzackigem Rand.

5. September. Geschwüre an Schenkel und Armen mit Hinterlassung dunkelbrauner, drusiger Narben verheilt.

Um mich auch in diesem Falle von der Weiterimpfbarkeit der Geschwüre zu überzeugen, nahm ich am 8. August von dem Geschwüre am rechten Oberarme der Patientin L. A. (Fall II), also bereits einem Geschwüre zweiter Generation, zwei Impfungen auf den linken Oberarm des Patienten B. F., der wegen chronischer Urethritis seit dem 4. August auf Zimmer Nr. 73 in Behandlung stand, vor.

10. August hatten sich die beiden Impfstiche in hirsekorngrosse, von geröthetem Hof umgebene Pusteln umgewandelt.

11. August. Impfung des Eiters derselben auf den rechten Oberarm.

19. August. Sowohl die Impfgeschwüre am rechten als die am linken Oberarm haben alle Charaktere weicher Schanker. In der linken Achselhöhle eine acute, schmerzhafte Drüsenschwellung.



9. September. Drüse in der Achsel fluctuirt, wird incidirt. Die Impfgeschwüre an beiden Armen stellen kreuzergrosse typische Impfgeschwüre dar.

18. September. Drüsenvereiterung und Geschwüre verheilt. Letztere mit Hinterlassung braunrother, drüsiger Narben.

Fall III. O. A., 18jährige Handarbeiterin. Wegen spitzer Warzen an den äusseren Geschlechtstheilen am 3. Juni 1884 auf Zimmer Nr. 74 aufgenommen.

21. Juni. Nach Abtragung der spitzen Warzen von der hinteren Commissur mit dem Eiter der hier entstandenen oberflächlichen Erosion am linken Oberarme geimpft.

23. Juni. An den Impfstellen über hirsekorngrosse Pusteln.

25. Juni. Die Pusteln in linsengrosse, locheisenförmige Geschwüre umgewandelt. Der Eiter derselben wird auf den rechten Oberarm an zwei Stellen überimpft.

30. Juni. Am linken Oberarm zwei halbkreuzergrosse, am rechten zwei linsengrosse Geschwüre, mit allen Charakteren weicher Schanker.

5. Juli. Geschwüre in Vergrösserung. Patientin wird eines typhösen Fiebers wegen auf eine Interne transferirt.

Fall IV. K. E. wegen ausgebreiteter Wucherungen spitzer Warzen auf Zimmer Nr. 76 am 23. Juni 1884 aufgenommen, wurden die Condylome mittelst galvanocaustischer Schlinge abgetragen und mit dem Eiter der nach Abstossung des Brandschorfes zurückgebliebenen Geschwüre am 2. August an zwei Stellen des rechten Oberschenkels geimpft. Die Impfstellen hatten sich bis 4. August 1884 in linsengrosse, eiternde, locheisenförmige Geschwüre umgewandelt. Leider entzog sich Patientin durch den Austritt der weiteren Beobachtung.

Diesen positiven Fällen stehen drei Fälle bei Weibern, drei Fälle bei Männern gegenüber, in denen ich trotz des gleichen Vorgehens nicht zu demselben Resultate gelangte, auch Irritation von traumatischen Erosionen mit Sabinapulver, Tartarus stibiatus keinen Erfolg hatte. Uebrigens liegt die Hauptschwierigkeit, so viel ich erfahren zu haben glaube, in der Anregung der Eiterung. In den negativen Fällen gelang es mir trotz vielfacher Wiederholung des Experimentes nicht, Eiterung anzuregen. Sobald ich



eine Erosion setzte, was ich meist mit dem Schablöffel that, und nun diese Erosion mit Sabinapulver, Tartarus emeticus irritirte, bedeckte sie sich mit einem festhaftenden filzigen, gelblichen, diphtheroiden Beleg. Setzte man die Irritation aus, so stiess sich dieser Beleg ab, die Erosion darunter war rein und heilte rasch. Impfungen mit dem auf die Lancette aufgenommenen Belege hatten nie einen Erfolg.

Aus den eben angeführten Versuchen anderer Autoren, wie besonders aus meinen Versuchen, würde nun der Satz folgen: **Der weiche Schanker ist das Produkt der Impfung manches genuinen Eiters auch auf Gesunde.**

Um aber diesen Satz gelten zu lassen, ist vor Allem der Beweis zu erbringen, dass jene Geschwüre, die auf so verschiedene Art erzielt wurden, wirklich die Bezeichnung weicher Schanker mit Recht tragen. Fragen wir also vor Allem nach der Definition des weichen Schankers?

Da stossen wir auf eine grosse, unüberwindliche Schwierigkeit. Nichts ist unsicherer in der ganzen Pathologie unseres Specialfaches als die Diagnose und Definition des weichen Schankers.

Ricord, der den Begriff des weichen Schankers der erste präcisirte und die bekannte Beschreibung und Definition desselben als eines runden oder rundlichen, reichlich eiternden, locheisenförmigen, rasch kraterförmig zerfallenden Geschwüres gab, war sich wohl bewusst, dass dieser Beschreibung wohl die Impfschanker, nicht aber die ursprünglichen am Genitale vorfindlichen Muttergeschwüre entsprechen. Er hat daher das Hauptgewicht bei der Diagnose auf die Inoculationsfähigkeit des Eiters des Geschwüres verlegt und jedes Geschwür als Schanker zu bezeichnen gelehrt, dessen Eiter in Generationen impfbar, typische Pusteln und Geschwüre erzeugt. So lesen wir denn bei **Fournier-Ricord**[181]): „Quelque tranchés, quelque spéciaux que puissent être les caractères extérieurs du chancre, ils ne suffisent pas à établir, d'une façon péremptoire et **absolue** le diagnostic de cette affection.

Le siége de l'accident, la forme arrondie de l'ulcération, le fond grisâtre, rugueux, vermoulu et couvert d'une couche pseudomembraneuse adhérente, les bords découpés, décollés et taillés à

[181]) **Fournier-Ricord.** Leçons sur le chancre. Paris 1860.

pic, la sécrétion rouillée et sanieuse, l'auréole violacée du pourtour, les progrès et la marche de l'affection etc. constituent sans doute des signes d'une haute importance, et qui prennent surtout une grande valeur par leur ensemble. Mais tous ces caractères, isolés ou groupés, ne constituent jamais que des présomptions pour le diagnostic, et ne fournissent pas de certitude absolue.

D'une part, en effet, ils peuvent faire défaut au véritable chancre; d'autre part, il n'est pas rare de les rencontrer sur des ulcérations non spécifiques. Et de plus, le chancre présente souvent des variétés telles dans son aspect, sa forme, son étendue, sa marche etc., qu'il semble constituer des maladies différentes.

Mais il est un signe qui suffit à lui seul à établir le diagnostic de la façon la plus solide, et qui, je n'hésite pas à le dire, constitue le seul charactère pathognomonique du chancre.

De toutes les ulcérations d'origine vulgaire, vénérienne on même syphilitique, il n'en est qu'une seule dont le pus soit susceptible de reproduire par l'inoculation une ulcération semblable à celle qui l'a fourni: c'est le chancre.

L'inoculabilité du pus sécrété est le seul signe absolu de la spécificité virulente.

Voilà, messieurs, le véritable cachet de l'affection qui nous occupe actuellement; voilà le caractère pathognomonique du chancre, et le seule qu'on puisse invoquer pour un diagnostic rigoureux.

Ainsi, quelle que soit sa forme, quels que soient son siége, son étendue, son aspect extérieur, le chancre fourni toujours un pus spécial. Interrogez ce pus à la lancette, et pour peu que l'inoculation ait été bien faite et que l'ulcération n'ait pas dépassé la période de spécificité virulente, vous obtiendrez un nouveau chancre.

Le chancre, comme je l'ai dit tant de fois, n'est, ni dans sa forme, ni dans son fond, ni d'une manière absolue dans aucun de ses caractères extérieurs. Il est tout entier dans le pus qu'il sécrète."

Soviel **Ricord**. Auch wir sind in der Diagnose noch nicht weiter oder zu einem anderen Standpunkte gekommen. Wir können den „weichen Schanker" definiren, als den Sammelnamen für alle jene am Genitale und in dessen Umgebung sitzenden Ulcerationen, von denen wir mit Recht



annehmen zu dürfen glauben, dass sie durch den Coitus entstanden, also venerischen Ursprungs sind, die in Generationen impfbaren Eiter liefern und mit den uns bekannten Formen des syphilitischen Initialaffectes keine Aehnlichkeit haben.

Dass auch für uns neben der Localisation, die Reinoculabilität des Eiters von entscheidender Wichtigkeit ist, beweisen alle jene Fälle, in denen wir, wenn die Krankheitserscheinungen zweifelhafter Natur sind und der vorausgegangene Coitus geleugnet wird, unsere Diagnose von dem Effect der Inoculation abhängig machen und im Falle positiven Effectes uns nicht scheuen, den Patienten für einen Lügner anzusehen, seine Geschwüre direct als venerische, als aus Ansteckung bei einem coitus impurus entstanden zu proclamiren, und wenn es sich etwa um einen jungen Ehemann handelt, der nur mit seiner Frau verkehrt zu haben besteht, mit einem Achselzucken nach den Hirschgeweihen zu suchen, die jener tragen müsse. Und dass solche Ulcerationen doch „ganz in Ehren" acquirirt werden können, beweisen meine Fälle, denen, wie ich selbst gestehe, nur die geringe Zahl zum Vorwurf gemacht werden kann, ein Fehler, den gut zu machen ich meine speciellen Fachcollegen, die über genügendes Material verfügen, hiermit angeregt haben will. Wer würde aber wohl behaupten, dass die traumatischen Erosionen, die ich an der hinteren Commissur erzeugte, und die so typische Inoculationsschanker lieferten, nicht auch beim Coitus übertragbar sein, dass sie nicht am Genitale des Mannes Ulcerationen hervorbringen würden, deren Eiter wieder in Generationen typisch impfbar sich erweisen würde. Ich glaube also für die Geschwüre in meinen vier positiven Fällen mit Recht den Namen von Schankern in Anspruch nehmen und hiermit den Satz aufstellen zu dürfen: „Weicher Schanker ist auch das Produkt der Impfung manches genuinen Eiters auf Gesunde."

Wir haben hiermit über die Natur des weichen Schankers die folgenden experimentell erwiesenen und jederzeit zu erweisenden Sätze kennen gelernt:

1. Der weiche Schanker ist das Produkt der Impfung syphilitischen (d. h. von syphilitischen Efflorescenzen herstammenden) Eiters auf Syphilitische.

2. Der weiche Schanker ist die Folge der Impfung



genuinen (nichtsyphilitischen, von Acne, Pemphigus, Lupus, Fluor cervicalis herrührenden) Eiters auf Syphilitische.

3. Der weiche Schanker ist aber auch die Folge der Impfung von genuinem (von Fluor cervicalis herrührendem) Eiter einer Latentsyphilitischen auf Gesunde.

4. Der weiche Schanker ist das Produkt der Impfung manches genuinen Eiters auf Gesunde.

Ueberblicken wir diese vier Sätze, so ist das diesen vier Sätzen Gemeinsame der Satz: „weicher Schanker ist das Produkt der Impfung von gewissem Eiter auf gewisse Individuen."

Was zunächst den „gewissen Eiter" betrifft, so braucht derselbe durchaus nicht von Syphilisefflorescenzen herzurühren, um die Eigenschaft zu besitzen, weiche Schanker hervorzurufen. Die Erzeugung des weichen Schankers ist durchaus nicht an die Gegenwart von Syphilisvirus im Eiter gebunden, auch nichtsyphilitischer Eiter hat ganz dieselben Eigenschaften. Ich möchte dagegen auf ein anderes Moment aufmerksam machen, das in den Fällen von positivem Erfolge dem verschiedenen, syphilitischen sowohl als nichtsyphilitischen Eiter zukommt, und von dem ich überzeugt bin, dass es in meinen Fällen wesentlich den Erfolg bedingte. Es ist dies die Provenienz des Eiters. Sehen wir nach, mit welchem Eiter positive Erfolge erzielt wurden, so lesen wir, mit den von zerfallenden Sclerosen vom Genitale, zerfallenden Papeln vom Genitale, traumatischen Ulcerationen vom Genitale. Immer also wurde der Eiter vom Genitale entnommen, mochte er von syphilitischen oder anderen Ulcerationen stammen. Und ist denn diese Thatsache so auffallend? Gewiss nicht. Kein Eiter wird so sehr auf verschiedene Weise verunreinigt, als der vom Genitale. Durch die verschiedenen Se- und Excrete wird sein Chemismus verändert, die Zersetzung desselben begünstigt, die Zufuhr und Vermehrung von Microorganismen gefördert, Momente genug, um eine Erhöhung seiner irritirenden Eigenschaften zu bewirken.

Immer aber scheint die Wirkung nur wirklichem Eiter zuzukommen, d. h. nur einem solchen, der wirklich aus entzündlichem Gewebszerfalle entsteht. Dem katarrhalischen Eiter, wie er bei



Balanitis, Blennorrhoë, geliefert wird, und zum grossen Theile aus alienirtem Secrete, im Uebrigen aus vermehrter Desquamation des Epithels ohne ulcerösen Zerfall, besteht, scheint diese Eigenschaft nicht zuzukommen. Wenigstens sind positive Versuche mit diesen Secreten nicht bekannt, und was den Fluor cervicalis betrifft, so fehlen Angaben, ob bei demselben jene katarrhalischen Ulcerationen vorhanden waren, die ältere Cervicalkatarrhe zu begleiten pflegen oder nicht.

Was die „gewissen Individuen" betrifft, so können wir darüber nichts Näheres angeben. Dass auch hier die Syphilis keine prädisponirende Veränderung im Organismus setzt, ist gewiss, der „gewisse Eiter" haftet eben sowohl an Syphilitischen, als an Nichtsyphilitischen, d. h. dasselbe Resultat, ein weicher Schanker, wird erzielt an Syphilitischen durch die Impfung von syphilitischem und nichtsyphilitischem Eiter, an Gesunden (richtiger Nichtsyphilitischen) durch die Impfung von nicht syphilitischem sowohl als von syphilitischem Eiter. Also an Gesunden erzeugt syphilitischer Eiter auch weiche Schanker? Gewiss! Die Erfahrungen Anderer bestätigen dies ebensowohl (siehe Auspitz [182]) als unsere Erfahrungen. Ich kenne zwei Fälle, in denen vorher nichtsyphilitische Männer durch den Beischlaf mit Weibern, die an zerfallenden Papeln litten, weiche Schanker gleich nach dem Beischlaf acquirirten. Nur erleiden solche weiche Schanker, die durch Uebertragung von syphilitischem Eiter auf vorher Nichtsyphilitische entstehen, einige Modificationen, sie induriren drei Wochen post infectionem unter den oben für die Entwicklung der Induration geltenden Bedingungen, oder sie induriren auch nicht, jedenfalls aber sind sie von consecutiver Syphilis gefolgt. Solche Schanker bezeichnete man früher als „gemischte", sie verdienen diesen Namen auch jetzt noch, da sie dann entstehen, wenn Syphilisvirus mit Eiter gemischt, an Eiter gebunden ist, und da die Uebertragung von reinem Syphilisvirus sehr selten ist, demselben vielmehr stets mehr minder irritirender Eiter in grösserer oder kleinerer Menge beigemischt ist, ist das Auftreten „gemischter Schanker" nach Syphilisinfectionen viel häufiger als das typischer Initialaffecte.

---

[182]) Auspitz. Lehren vom syphilitischen Contagium. 1866. S. 368.



Durch die eben angeführten Experimente und Auseinandersetzungen ist der weiche Schanker aus seinem Zusammenhange mit der Syphilis gerissen, er hat mit der Syphilis nichts zu thun, steht insbesondere mit dem „Syphilisvirus" in keinem genetischen Zusammenhange.

Was ist, seine Genese und Aetiologie betreffend, der weiche Schanker dann? Entweder eine unabhängige virulente Affection.

Die oben angeführten Versuche zeugen noch nicht unbedingt gegen die Virulenz des weichen Schankers. Gerade unserer Zeitströmung wird es möglich, die Virulenz des weichen Schankers und dessen Eiters in der Weise aufzufassen, dass wir annehmen, es fänden gewisse Mikroorganismen in gewissem, von nicht virulenten Ulcerationen stammendem Eiter (in den sie von aussen hineinkommen) einen geeigneten Nährboden und machten so Eiter und Ulceration zu einer virulenten.

Oder aber der weiche Schanker entbehrt jeder Virulenz, ist eine einfache Reizerscheinung, die verschiedenen, genetisch differenten Reizen ihren Ursprung verdankt.

Gerade so, wie z. B. ein Eczem, eine oberflächliche Hautentzündung heute dem, morgen dem Reize seine Wirkung verdankt, kann der weiche Schanker, die ulceröse Entzündung, heute die Folge dieses, morgen dieses Eiters sein, und ebenso wie Crotonöl, Mezereum, Canthariden, Schweiss, Wasser und Sonnengluth, Seife, Harze und Mineralsäuren nichts mit einander gemein haben als Eczemerreger zu sein, so kann auch der differenteste Eiter die Eigenschaft, weiche Schanker zu erzeugen, besitzen.

In dem Falle würde der weiche Schanker seinen Charakter als virulente Affection verlieren und zum Range einer gewöhnlichen Reizerscheinung degradirt.

In der That sprechen einige Eigenschaften des weichen Schankers dafür.

Vor Allem ist es die ganz bedeutende Abhängigkeit vom Boden, die den weichen Schanker auszeichnet. Die Syphilisationsversuche haben uns über diese Eigenschaft des weichen Schankers genügend aufgeklärt. Alle Jene, die Gelegenheit hatten, viele weiche Schanker zu impfen, bestätigen dies. So ist es eine



bekannte Erfahrung, dass der Eiter ein und derselben Pustel, desselben Schankers am selben Tage geimpft, bei einer Person in einer grossen Zahl von Generationen anschlägt, bei einer anderen nur in wenigen, bei einer dritten Person gar nicht. Dass es Individuen gibt, die gegen weichen Schankereiter immun sind, berichten sowohl Hübbenet[183]) als Lindwurm[184]), deren ersterer zwei, letzterer einen Fall absoluter Immunität gegen jeden, an anderen Individuen haftenden, Schankereiter beobachteten. Ebenso wurde ja Ricord, als er die Immunität gegen den Eiter des weichen Schankers leugnete und durch die unrichtige Impfmethode erklären wollte, ein Interne des hôpiteaux, Laval, vorgestellt, an dem einen Schanker zu erzeugen selbst dem geübten Ricord nicht gelang; aber nicht nur an verschiedenen Individuen ist der Erfolg der Impfung desselben Schankereiters sehr verschieden. Es ist eine bekannte Thatsache, dass derselbe Schankereiter bei demselben Individuum an den Oberschenkeln in der grössten Zahl von Generationen anschlägt, die durch die Impfung erzielten Pusteln und Geschwüre hier auch die grössten sind, am raschesten zerfallen und die grössten Zerstörungen anrichten. Geringer schon, sowohl was Grösse der Pusteln, als was die Zahl der zu erzielenden Generationen betrifft, ist der Impferfolg an den Armen, noch geringer an Brust und Bauch, so dass ein Eiter, der an einer der letzteren Stellen nicht mehr haftet, an den Schenkeln noch Pusteln und Geschwüre erzielt (Boeck[185]). Die geringste Empfänglichkeit für den weichen Schanker endlich besitzt der Kopf. Es reducirt sich das von Ricord geleugnete Vorkommen des weichen Schankers am Kopf, darauf, dass abgesehen von der seltenen Gelegenheit zur Uebertragung, weiche Schanker am Kopf abortiv verlaufen. Nadau[186]) und Buzzenet[187]) haben auf diese

---

[183]) Hübbenet, die Beobachtung und das Experiment in der Syphilis. 1859.

[184]) Lindwurm. Ueber die Verschiedenheit der syphilitischen Krankheiten. Würzburg. Med. Ztschft., III., 3. 1862.

[185]) Boeck. Die Syphilisation als Heilmethode. Behrend Syphil. N. R. I. 1858.

[186]) Nadau. Sur le chancre céphalique. Thèse. Paris 1858.

[187]) Buzzenet. Le chancre céphalique. Thèse. Paris. 1858.

Thatsache zunächst hingewiesen, Boeck [188]) dieselbe durch Impfversuche bestätigt, dass: „Die weiche Schankermaterie am Kopfe ebenso gut impfbar ist als an anderen Stellen des Körpers, aber die Geschwüre werden nicht so gross und heilen rascher als auf den Seiten, den Armen und den Schenkeln, welches die Stellen sind, auf denen ich Inoculationen mit syphilitischem Gifte vorgenommen habe. In Folge der geringeren Entwicklung des Geschwüres und der rascheren Heilung bekommt der Arzt gewöhnlich diese Geschwüre nicht zu sehen, denn der Kranke, der selten in Bezug auf die Ursache dieser Geschwüre ein gutes Gewissen hat, sucht nicht gleich den Arzt auf, und während er sich bedenkt, heilt das Geschwür zu."

Leider fehlen Erfahrungen, wie sich die Bedeckung des Genitales zu der anderer Körperstellen, was Empfänglichkeit gegen den Schankereiter betrifft, verhält, gänzlich und man kann Faye [189]) nicht so sehr unrecht geben, der meint: „Wahrscheinlich, glaube ich, wird man sich überzeugen können, dass eine sogar wenig kräftige Materie bei einer vermeintlich immun gewordenen Person auf die Eichel und Vorhaut einwirken wird, wenn man eine solche Materie wiederholt auf Charpie und sogar ohne Verletzung der Cutis anbringen würde . . . Will man daher auf eine mit der Natur so viel als möglich übereinstimmende Weise experimentiren, so muss man zu den Versuchen feine und gefässreiche Hautstellen, welche auch noch durch Reibung oder auf andere Weise vitalisirt werden können, wählen." Reder [190]) hebt die Thatsache, dass Geschwüre beim Beischlaf übertragen werden, die bei der Impfung keinen inoculablen Eiter mehr geliefert haben, hervor, gibt ihr aber eine andere Deutung, als die der absolut grösseren Empfänglichkeit des Genitales, indem er sagt: „Man hat bei der Syphilisation die Beobachtung gemacht, dass Quecksilber die Empfänglichkeit gegen Schanker herabsetzt, Jodkali sie erhöht. Da nun ein längerer Quecksilbergebrauch Anämie der Haut bedingt, Jodkali Congestionszustände veranlasst, wie die dem Gebrauch desselben folgende Acne beweist, so kön-

[188]) Boeck. Recherches sur la Syphilis. Christiania 1862.

[189]) Faye. Untersuchung in Betreff der Inoculation von Vaccine- und Schankermaterie. Behrend. Syphilid. N. R. II. 1860.

[190]) Reder. Pathologie und Therapie der venerischen Krankheiten. 1868.

nen wir schliessen, dass die Hyperämisirung eines Gewebes ein günstiges Moment für die Einwirkung des Schankercontagiums ist. Dies vorausgesetzt, wird es erklärlich, dass Geschwüre beim Beischlaf übertragen wurden, die bei Impfversuchen keinen inoculablen Eiter mehr geliefert haben, eine Beobachtung, die durchaus nicht vereinzelt dasteht."

Endlich steht die Beobachtung fest, dass: „Mehrere Krankheiten, z. B. Typhus, Pleuritis, Pneumonie und Erysipelas die Empfänglichkeit für das syphilitische Gift aufheben. Gewöhnlich wird man finden, dass die Wirkung des Giftes abnimmt oder ganz aufhört, bevor die Symptome der acuten Krankheit sich geltend gemacht haben. Die Empfänglichkeit kehrt erst zurück, wenn der acute Krankheitsprocess vorbei ist.“ (Boeck.[191])

Wie dem auch sei, aus all dem eben Angeführten schöpfen wir die Ueberzeugung, dass für das Zustandekommen des weichen Schankers der Boden wesentlich in Frage kommt, und dass nicht so sehr die Virulenz des Eiters als die Empfänglichkeit des Bodens den weichen Schanker macht.

Ist nun der weiche Schanker eine von der Syphilis unabhängige Erscheinung, dann muss er sich an Syphilitischen so verhalten, wie an Gesunden, er muss sich aber bei der Uebertragung von Syphilitischen auf Nichtsyphilitische so verhalten, wie andere contagiöse Erkrankungen.

Was das Verhalten des weichen Schankers auf Syphilitischen betrifft, so ist dasselbe auch in der That dem an Gesunden vollkommen analog, es kommen ihm dieselben Symptome, dieselben Begleiterscheinungen, acute Lymphangioitis und Lymphadenitis zu, wie wir sie auch an Nichtsyphilitischen beobachten. Der syphilitischen Diathese gegenüber verhält sich der weiche Schanker auch allen anderen pathologischen Erscheinungen der Haut und Schleimhaut ganz analog. Insbesondere theilt er mit ihnen allen, mit der Acne, dem Eczem, den Furunkeln, der Vaccine die Eigenschaft am Ort seines Sitzes Reizerscheinungen und damit die Bildung syphilitischer Infiltrate zu bedingen, jene Erscheinungen, von denen wir

[191]) Boeck. Erfahrungen über Syphilis. Stuttgart 1875.

bei Besprechung des syphilitischen Initialaffectes schon gesprochen haben. Diese syphilitischen Infiltrate zerfallen nicht selten und mengen ihre Zerfallsprodukte, die natürlich Syphilisvirus führen, dem Eitor des weichen Schankers ebenso bei, wie sie im anderen Falle dem Vaccine- oder Furunkeleiter beigemischt werden.

Was das Verhalten des weichen Schankers Syphilitischer bei seiner Uebertragung auf Gesunde betrifft, so ist auch dieses ganz analog dem Verhalten, welches alle contagiösen Erkrankungen Syphilitischer bei Uebertragung auf Nichtsyphilitische darbieten, d. h. sie können die Syphilis übertragen, wenn ihrem, an sich mit Syphilis zu inficiren, unvermögenden Secrete, Syphilisvirus in irgend einem Vehikel, Blut oder Zerfallsprodukte syphilitischer Efflorescenzen, beigemischt wird, sie müssen es aber nicht, da sie, wenn ihr pathologisches Produkt rein übertragen wird, eben nur ihresgleichen erzeugen können. Gerade ebenso wie der Tripper, die Vaccine eines Syphilitischen, so vermag auch der Schanker eines Syphilitischen die Syphilisinfection zu vermitteln, er wird aber dann eben Syphilisvirus, das von dem Träger stammt, in irgend welcher Form beigemischt übertragen. Dagegen wird in Fällen, wo von syphilitischen Individuen entnommener reiner Schankereiter übertragen wurde, derselbe eben nur Schanker allein erzeugen, wie die Versuche von Hebra-Rosner[192]) und Gee[193]) beweisen.

Ebenso hat Rieger[194]) durch die Ueberimpfung von Schankroid, weichen Schanker und typisch modificirten Geschwüren von Syphilitischen auf Gesunde stets weiche Schanker erhalten.

(Rieger's „typische Modification“ vermag ich, in Parenthesi sei es gesagt, nicht als „syphilitische Modification“ anzusehen, einmal erzielte Rieger selbst diese Modification an einem Scrophulösen, und dann habe ich sie wiederholt als Ausdruck torpiden Wachsthums bei Anämischen etc. gesehen und kann sie auch nur als das, nämlich als Ausdruck torpiden Wachsthums gelten lassen.)

---

[192]) Citirt bei Auspitz, Lehren vom syphilit. Contagium. 1866.

[193]) Gee. Ist Uebertragung der Syphilis durch das Secret des weichen Schankers eines Syphilitikers möglich? Ctrlbl. f. Chir. 1880.

[194]) Rieger. Schanker und Schankroid. Diese Vierteljahresschft. 1881.

Endlich ist ja die Erfahrung Boeck und Bidenkap's [195]), dass der Eiter eines in vielen Generationen am Träger und anderen Syphilitischen fortgeimpften inficirenden Schankers auf ein gesundes Mädchen (das später an constitutioneller Syphilis in Folge Infection erkrankte) einen weichen Schanker gab, der deutlichste Beweis, dass bei Bildung eines weichen Schankers dem Eiter die ausschliessliche, dem Syphilisvirus absolut gar keine Rolle zukommt.

Endlich haben wir gegen den Satz der Dualisten, dass sich jede der beiden von uns besprochenen Erkrankungen stets in ihrer Art fortpflanzt, Syphilis auf Gesunde wieder Syphilis, die localen Geschwüre wieder ihres Gleichen erzeugen, noch zwei Einwände zu verzeichnen.

I. Einmal wird behauptet, dass Syphilis auf Nichtsyphilitische übertragen, in manchen Fällen nur locale Reactionserscheinungen ohne Consecutivis, Geschwüre, die nicht von Consecutivis gefolgt waren, also weiche Schanker erzeugt habe. Hierher gehören vier Fälle des Pfälzer Anonymus [196]), ein Fall von Rinecker [197]), ein Fall von Boeck [198]), also im Ganzen nur sieben Fälle, deren Ausführung ich mir, da sie sowohl bei Auspitz [199]) als bei Bäumler [200]) in extenso wiedergegeben sind, wohl ersparen kann, zu denen ich aber Folgendes bemerken will.

Wir kennen eine Reihe von Bedingungen, unter denen das Nichthaften einer Impfung mit Syphilisvirus uns durchaus nicht Wunder nimmt, Bedingungen, unter denen wir die Immunität gegen Syphilis natürlich finden. Hierher gehört:

a) Eine vorausgegangene acquirirte Syphilis. Wie von allen constitutionellen Infectionskrankheiten, wissen wir es ja auch von der Syphilis, dass dieselbe ein und dasselbe Individuum in der grossen Mehrzahl der Fälle nur einmal heimsucht, und die einmal durchgemachte Allgemeinerkrankung vor Neuinfection schützt.

---

[195]) Bidenkap. Wien. med. Wochenschrift. 1865.
[196]) Aerztliches Intelligenzblatt. 1856.
[197]) Würzburger Verhandlungen, Bd. I. und III.
[198]) Boeck. Erfahrungen über Syphilis. Stuttgart 1875.
[199]) Auspitz. Lehren von syphilit. Contagium. 1866.
[200]) Bäumler. Syphilis in Ziemssen's Handb. 1876.

b) Die Geburt eines vom Vater her syphilitischen Kindes schützt die Mutter, die keine acquirirte Syphilis darbietet, vor Infection, bedingt jene Art von Immunität, die als das Colles'sche Gesetz bezeichnet wird. Abgesehen von der Gefahrlosigkeit, mit der solche Mütter ihre syphilitischen Kinder säugen, sind die Impfversuche von Caspary[201]) und Neumann[202]) werthvolle Beweise dieser Immunität, für die ich drei weitere den genannten ganz analoge Beobachtungen besitze.

c) Auch durchgemachte hereditäre Syphilis schützt der allgemeinen Angabe nach vor einer Neuinfection, eine Angabe, die ich durch zwei Fälle eigener Beobachtung zu bestätigen in der Lage bin.

1. F. J., 23 Jahre alt, Taglöhner, am 20. November 1880 wegen eines weichen Schankers und einer enormen vereiternden Adenitis in der linken Leiste auf Z.-Nr. 77 aufgenommen, bietet nebenbei eine verheilte Perforation der knöchernen Nasenscheidewand, Defect der Uvula und eines Theiles des weichen Gaumens, strahlige Narben am harten Gaumen, Auftreibung der Kanten der Tibia dar, Residuen einer Erkrankung, die er im achten Lebensjahre durchmachte. Seine zwei älteren Geschwister sollen, gleich ihm, ähnliche Knochen- und Hautgeschwüre in ihrer Kindheit dargeboten haben, und sieben und neun Jahre alt gestorben sein. Vom 21. October an impfte ich den Patienten sechsmal mit dem Eiter von Sclerosen und Papeln und konnte, trotzdem Patient seiner Adenitis wegen $3^1/_2$ Monate in Spitalpflege sich befand, keine Haftung, keinen Erfolg erzielen. Die Impfungen verliefen reactionslos und weder die benachbarten, noch entfernteren Lymphdrüsen noch die Haut und Schleimhäute boten irgend welche Veränderung dar.

2. W. A., 20 Jahre alt, Taglöhnerin, wurde am 23. Jänner 1883 auf Z.-Nr. 74 wegen hochgradiger gummöser Zerstörung der äusseren Nase, der Nasenscheidewand, Durchbohrung des harten

[201]) Caspary. Ueber gesunde Mütter hereditär-syphilitischer Kinder. Diese Vierteljahresschrift 1875.

[202]) Neumann. Zur Lehre von der Uebertragbarkeit der Syphilis. Wien. med. Blätter 1883.



Gaumens, Defecten und Ulceration des weichen Gaumen und der hinteren Rachenwand, Verdickung beider Tibien, aufgenommen, Erscheinungen, die ihren Anfang im vierten Lebensjahre der Patientin nahmen und mit Intermissionen andauerten. Während dreimonatlichen Spitalsaufenthaltes wurde die Patientin von Herrn Professor Neumann sechsmal mit dem Secrete von Papeln und Sclerosen geimpft, ohne dass eine Haftung erzielt worden wäre oder irgend welche Zeichen einer Neuinfection sich eingestellt hätten.

d) **Aber die Kinder syphilitischer Eltern scheinen auch selbst dann, wenn sie keine Erscheinungen hereditärer Lues darbieten, also scheinbar gesund sind, manchmal wenigstens, gegen Syphilis immun sein zu können.** Diday[203]) und H. Lee[204]) sprechen sich auf Grund ihrer Erfahrungen sehr entschieden für diese Möglichkeit aus. Mir ist der Fall eines Collegen und Freundes in Erinnerung, der, wenn er auch nicht den Werth einer wissenschaftlichen Beobachtung besitzt, auf mich doch einen tiefen Eindruck machte. Als Mediziner in Prag verkehrte ich ziemlich viel mit einem Schulcollegen, der ein leidenschaftlicher Couleurstudent, an dem Leben seines Corps den lebhaftesten Antheil nahm und wie es ja im Studentenleben überhaupt nicht selten geht, nicht nur Bett und Börse, sondern auch sein Liebchen mit mehreren Collegen gemeinsam hatte. Bald erwarb sich nun mein Freund bei seinen Corpsbrüdern den Ruf des Unverletzlichen, indem er trotz des notorischen Verkehres mit demselben Mädchen, von dem sich der und jener seiner Corpsbrüder einen tüchtigen harten Schanker zuzog, wohl ein und den anderen Tripper, nie aber Syphilis acquirirte. Ein Umstand, der mir um so auffallender erschien, als ich wiederholt von ihm wegen Excoriationen, die er sich bei den suspectesten Gelegenheiten zuzog, zu Rathe gezogen wurde, ohne je die Entstehung einer Sclerose aus einer solchen zu beobachten. Als ich 1877 meine Studien von Prag nach Wien verlegte, verlor ich meinen Freund aus dem Auge, wurde aber an dessen auffallende Immunität gegen Syphilis wieder sehr lebhaft erinnert, als im Herbst 1882, ich war damals

[203]) Diday. Histoire naturelle de la Syphilis. Paris 1863. S. 54.

[204]) H. Lee. Lectures on syphilitic inoculation. Lancet 1862. II. S. 110.

Assistent an der Klinik für Syphilis, der mir bekannte Vater meines Freundes bei mir eintrat, und mich wegen eines Gumma mit Perforation des weichen Gaumens consultirte. Die Anamnese desselben, die ich mit besonderem Interesse aufnahm, ergab, dass der Vater meines Freundes sechs Jahre vor seiner Vermählung, acht Jahre vor der Geburt meines Freundes, Sclerose und Secundärerscheinungen dargeboten habe, die mit Mercur behandelt wurden, worauf keine weiteren Anzeichen der Syphilis mehr auftraten. Seine Frau, die nie krank war, nie abortirte, beschenkte ihn mit vier gesunden Knaben, deren ältester eben mein Freund und College war.

Fehlt auch in diesem Falle die experimentell mit der Lancette erprobte Immunität, so ist derselbe doch von grossem Interesse.

e) Endlich scheinen gewisse Individuen eine Immunität gegen Syphilis zu besitzen, für deren Vorhandensein uns kein Grund bekannt ist. So berichtet Ricord-Fournier[205]) Dr. Sanchos, der nie Syphilis gehabt hat, habe sich vierundzwanzigmal mit den Secreten von Sclerosen und syphilitischen Secundäraffecten erfolglos geimpft, ebenso hätten Rattier und Cullerier sich sehr oft mit Secundärproducten der Lues erfolglos geimpft. Ferner berichtet Fournier[206]): Puche in Paris habe dreimal ganz gesunde, niemals mit Syphilis behaftet gewesene Menschen, die sich freiwillig dazu hergaben, mit dem Eiter von indurirten Schankern geimpft, aber in allen drei Fällen vergeblich. In einem ebensolchen Versuch, den Ricord an einem jungen Mediziner, der es durchaus verlangte, machte, sei das Resultat ebenso negativ gewesen.

Würde man nun an einem Individuum, das aus einem der eben angeführten Gründe gegen Syphilisvirus immun ist, von dessen Immunität wir aber keine Kenntniss haben, die Impfung mit Syphilisvirus in irgend einem irritirenden Vehikel, also beispielsweise mit dem Eiter zerfallender Papeln vornehmen, so würde man einen typischen, weichen Schanker erhalten können, der nicht von Consecutivis gefolgt würde. Dies würde aber eben

[205]) Ricord-Fournier. Leçons sur le chancre. Paris 1860. S. 213.

[206]) Fournier. De la contagion syphilitique. Paris 1860.



nur beweisen, dass das betreffende, geimpfte Individuum gegen das Syphilisvirus immun, für die irritirende Einwirkung des Eiters in loco invasionis dagegen empfänglich ist, keinesfalls aber hat eine solche Impfung den Werth, der ihr als Zeuge gegen die Dualitätslehre zugeschrieben wird. Noch viel weniger Werth kann man aber den oben genannten sieben Fällen beimessen, in denen die Frage nach der Immunität gar nicht genügend gewürdigt erscheint, obwohl doch gegen alle contagiösen Erkrankungen das Vorhandensein einer ererbten oder erworbenen Immunität bei gewissen Individuen zugestanden wird.

Schliesslich wird behauptet, dass Geschwüre, die an manchen Individuen local bleiben, also weiche Schanker darstellen, auf andere Individuen übertragen, constitutionelle Syphilis im Gefolge haben. Diese Behauptung wird nur so leichthin gemacht, indem man sich auf reiche Erfahrung stützt, ohne aber Belege seiner Ansicht anzuführen. Ich erlaube mir dagegen nur zu bemerken, dass die Diagnose weicher Schanker leichter gemacht, als bewiesen ist, und dass gerade Symptome secundärer Syphilis, die sehr häufig als einzige Formen älterer Syphilis auftreten, die sogenannten exulcerirenden, zerfallenden Papeln, für weiche Schanker gehalten werden, ja denselben in der That auch zum Verwechseln ähnlich sind. Dass nun solche „weiche Schanker" (!) bei Uebertragung auf Gesunde constitutionelle Syphilis im Gefolge haben, ist zweifellos, und trotzdem wird man am Träger das Zustandekommen recenter, secundärer Syphilissymptome nicht erwarten, da dieser ja über dieses Stadium schon hinaus ist.

Wie vollends Kaposi[297]), der doch zugibt: „der weiche Schanker — mit oder ohne dem eiternden Bubo — endet in der Regel als locale Krankheit, ohne allgemeine Folgen" von „einer Umwandlung von Syphilitischen Papeln in charakteristische weiche Schanker" sprechen kann, ist mir unerklärlich. Er müsste ja dann consequenterweise annehmen, dass die aus der Umwandlung von Papeln hervorgegangenen weichen Schanker bei ihrer Uebertragung auf Gesunde in der Regel als locale Krankheit, ohne allgemeine Folgen enden, eine Annahme, die ebenso neu, als bisher unbewiesen da-

[297]) Kaposi. Pathologie und Therapie der Syphilis. Stuttgart 1884.

stehen dürfte, und deren experimentelle Erhärtung denn doch sehr riskirt wäre. Abgesehen davon, ist mir nicht klar, wie die Entstehung von Schankern aus Papeln, in den Rahmen der Kaposi'schen Definition vom Schanker, der „im Gefolge und an dem Orte selbst der directen Einwirkung des specifischen Contagium" entsteht, hineinpasst.

Uebersehen wir nun das ganze, bisher angesammelte Material, so bleibt nach Abscheidung der Fehler und voreiligen oder Trugschlüsse, wie sie in unserer Frage von beiden Seiten nur überreichlich gemacht wurden, etwa der folgende, zwar auch angegriffene, aber wie ich bewiesen zu haben glaube, nicht widerlegte Kern:

Wir kennen zunächst eine constitutionelle Erkrankung, die, abgesehen von der hereditären Uebertragung auch durch den Contact übertragen wird, und die, wenn ihr Virus in einen bisher nicht immunen Organismus gelangt, in demselben immer wieder dieselbe chronische Allgemeinerkrankung hervorruft. Die Invasion des Virus in den Organismus erfolgt in jedem Falle acquirirter Erkrankung durch Uebertragung derselben auf eine laesio continui, von wo aus allmälich, aber ziemlich rasch, der Uebergang des Virus durch die Lymphgefässe in die Drüsen und von hier in den Gesammtorganismus erfolgt. Unabhängig von diesem Uebergange in den Organismus entwickeln sich an der Invasionsstelle des Virus locale Veränderungen, die aber sehr verschiedener Art sind und auch keinen integrirenden Bestandtheil des Krankheitsbildes ausmachen.

Das den Veränderungen an der Invasionsstelle in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle Gemeinsame ist die Bildung eines Infiltrates, das meist innerhalb vierzehn Tage bis drei Wochen zu einem tastbaren Knoten heranwächst. Der Anstoss zur Bildung dieses Infiltrates wird durch das Virus gegeben, die Entwicklung desselben aber, die Extensität und Intensität hängen von mannigfachen Umständen ab, unter denen die Localität, der Ort der Infection die wesentlichste Rolle spielt, indem an ungeeigneten Stellen das Infiltrat sehr rudimentär bleibt, ja für Tast- und Gesichtssinn unkenntlich werden kann, ohne dass wir dann das Recht hätten, zu schliessen, dass in einem solchen Falle die dem Infiltrate zu Grunde liegenden localen charakteristischen Veränderungen wirklich fehlen. Der Bildung des Infiltrates geht häufig, sich an



die Infection anschliessend, Geschwürsbildung voraus. Diese Geschwüre aber, deren Bildung bei der syphilitischen Infection nicht constant ist, haben wir nicht das Recht als Wirkung des Syphilisvirus aufzufassen, da Syphilisvirus in reiner Form, an Blut und Serum gebunden, dieselben nicht erzeugt, sie vielmehr nur dann entstehen, wenn das Virus an ein irritirendes Vehikel, Eiter und Jauche gebunden ist, um so mehr aber, da wir wissen, dass Eiter, stamme er von syphilitischen oder nichtsyphilitischen Veränderungen her, die Fähigkeit besitzt, bei Uebertragung sowohl auf syphilitische als auf nichtsyphilitische Personen, mehr oder weniger typische, in mehr oder weniger Generationen impfbare Geschwüre zu erzeugen, bei deren Zustandekommen auch wieder die örtliche Disposition eine grosse Rolle spielt.

In der That beobachten wir ja auch, dass unter den gleichen Bedingungen, wie bei Acquisition der Syphilis, vor Allem also beim und durch den Geschlechtsact, Geschwüre übertragen werden, die durch Ueberimpfung von Eiter entstehen, manchmal von Drüsenvereiterung gefolgt sind, die aber — vorausgesetzt, dass der Eiter nicht von syphilitischen Veränderungen stammt, oder ihnen nicht sonst auf irgend eine rein mechanische Weise Syphilisvirus beigemischt ist — stets örtlich verlaufen. Dadurch, dass solche Geschwüre unter gewissen Bedingungen eine derbe Basis annehmen, können sie syphilitischen Initialaffecten täuschend ähnlich werden, sowie anderseits dadurch, dass in einem anderen Falle die durch die gleichzeitige Uebertragung von Syphilisvirus zu erzeugende Induration localer Verhältnisse wegen ausbleibt, sie zu scheinbaren syphilitischen Initialaffecten werden. Sie bleiben aber immer local, während die Syphilis immer an Nichtsyphilitischen constitutionell wird. Es gibt keinen constatirten Fall, dass die Uebertragung von Syphilisvirus auf eine gesunde, nichtsyphilitisch gewesene und auch nicht durch Heredität oder sonst immune Person nur locale Veränderungen erzeugt hätte, welch' letztere, bei weiterer Uebertragung eine zweite auch gesunde Person wieder mit constitutioneller Lues inficirt hätten. Wann, in welcher Form und wo immer Syphilisvirus auf Nichtsyphilitische und Nichtimmune übertragen wird, dort erzeugt es immer Allgemeinsymptome und wo diese bei einer nichtsyphilitischen und gegen Syphilis nichtimmunen Person ausbleiben, dort war eben



kein Syphilisvirus vorhanden. An dieser, durch zahlreiche Beobachtungen und Confrontationen gestützten, durch Nichts bisher widerlegten Ansicht haben wir festzuhalten, um so mehr, als dieselbe auch jenen Ansichten, die wir über die anderen virulenten Infectionskrankheiten besitzen, vollkommen analog ist. Die endliche Entdeckung des Virus oder dessen Trägers wird ihr zum Siege verhelfen über jene Ansicht, die auch verschiedene locale Processe durch das Syphilisvirus deshalb bedingen lässt — weil sie sicher syphilitischen Processen ähnlich sind, deren Identität aber bisher nicht beweisen konnte.

Herrn Prof. Neumann spreche ich für die freie Benützung des Materials seiner Klinik und Abtheilung, sowie für gütige mündliche Anregung meinen wärmsten Dank aus.

Wien, Ende November 1884.



Untersuchungen über die Physiologie und Pathologie des Hautpigmentes.

Von

Dr. S. Ehrmann,

Assistent an Prof. I. Neumann's Klinik in Wien.

(Hiezu die Tafeln XXII—XXV.)

Erste Mittheilung.

In der vorliegenden Arbeit sind die Resultate einer Reihe von Untersuchungen niedergelegt, welche ich schon im Jahre 1881 begonnen[1]) und bis in die letzte Zeit fortgesetzt habe. Anfänglich haben sich dieselben entsprechend der damaligen Richtung meiner Studien hauptsächlich auf einem Gebiete bewegt, das mehr der Physiologie, als der Dermatologie angehört. In Folge dessen dürfte sich ein Theil meiner Ergebnisse zur Publication in einer dermatologischen Zeitschrift nicht eignen; diesen gedenke ich später in einer physiologischen Fachschrift zu veröffentlichen.

Der Farbenwechsel gewisser Thiere, zumal solcher aus der Classe der Amphibien und Reptilien ist eine so auffallende Erscheinung, dass er selbst denen bekannt ist, die der Zoologie ferne stehen. Die erste Eigenschaft, die bei der Beobachtung eines Gegenstandes auffällt, ist die Farbe, besonders wenn diese etwas lebhaft ist. Die wissenschaftliche Zoologie hat aber die Farbe und die Farbenveränderungen der Thiere wenig beachtet. Von ihrem Standpunkte, als dem einer systematisirenden Wissenschaft, hat sie vollkommen Recht; es gibt gewiss wichtigere Eigenschaften, nach denen die Thiere zu ordnen sind.

[1]) Siehe meinen Aufsatz: „Nervenendigungen in den Pigmentzellen der Froschhaut" (Sitzungsber. der kaiserl. Akad. der Wissensch. 1881) und die vorläufige Mittheilung über das Ergrauen der Haare etc. (Wr. allg. med. Ztg. 1884).



Auch die Physiologie hat sich mit diesem Zweige der Lebenserscheinungen nur in verhältnissmässig geringem Grade befasst; offenbar deshalb, weil man die Farbenerscheinungen an den Thieren für etwas Unwesentliches, für etwas Nebensächliches im Lebensprocesse hielt.

Was mich dazu brachte, die Farbenerscheinungen zum Gegenstande meiner Studien zu machen, war nicht vielleicht die Lust, einsame und wenig betretene Wege zu wandeln, sondern die Hoffnung, dass sich auf diesem, ich möchte fast sagen, gemiedenem Wege ein gutes Stück in der Erkenntniss der Zellfunctionen, also der elementaren Lebenserscheinungen vorwärts thun lassen werde. Farbenerscheinungen lassen sich ja direct mit unserem obersten Sinne, dem Gesichte beobachten, die Thiere, welche die Erscheinungen darbieten, sind auch vielfach geeignet, lebendig mikroskopirt zu werden, oder man hat wenigstens die Möglichkeit, Gewebe derselben im lebenden Zustande unter das Mikroskop zu bringen. Zudem gehen die Veränderungen weder so schnell, noch so langsam vor sich, dass wir blos Geschehenes constatiren, nicht aber das Geschehen selbst verfolgen könnten. Zu ähnlichen Zwecken, wie ich die natürlichen Pigmentverhältnisse studirt habe, hat man auch schon künstlich körnigen Farbstoff in den Organismus eingebracht, nämlich um die Wege, die der Farbstoff bei seiner Wanderung nimmt, zu finden.

Den physiologischen Farbstoff bei seiner Wanderung zu beobachten, ist nur selten unternommen worden.

Getreu dem Grundsatze von Johannes Müller, die Dinge dort zu suchen, wo sie am klarsten liegen, stellte ich meine Untersuchungen anfänglich an der Froschhaut an. Dieselbe eignet sich einerseits wegen ihres Pigmentreichthums, anderseits wegen ihrer verhältnissmässig einfachen Structur sehr gut zu dergleichen Studien. Wenn man Klarheit finden will, so muss man sie im Einfachen suchen.

I. Pigment in der Lederhaut.

Die Froschhaut (Fig. 2) besteht, abgesehen vom Epithel, aus zwei ziemlich verschiedenen Geweben. Das eine, welches den Grundstock des Ganzen bildet, besteht aus cylindrischen, nach allen drei Raumrichtungen angeordneten Faserbündeln, zwischen welche

Bindegewebskörperchen ihre zusammenhängenden Ausläufer senden. Dieser Grundstock der Cutis wird sowohl nach oben, als nach unten durch eine Schicht lockeren Bindegewebes von anscheinend unregelmässigem Faserverlaufe begrenzt. Leydig[1]) nennt sie Grenzschichten. Die obere Grenzschicht ist weit mächtiger, als die tiefere und mit der letzteren in regelmässigen Abständen durch Bindegewebssäulen verbunden, welche die Zweige der in der tieferen Grenzschicht verlaufenden Blutgefässe aufwärts leiten (Figur 2). Die Gefässe lösen sich dann in ein dicht unter der Basalmembran der Epidermis gelegenes Capillarnetz auf und sind, wie auch Leydig hervorhebt, überall von pigmentirten Zellen gefolgt, und zwar wie sich aus meinen Untersuchungen ergeben hat, in der Art, dass längs der grossen Gefässe die Pigmentzellen nur in geringer Zahl zu treffen sind, während das Capillarnetz von einem continuirlichen Netze gefärbter, activ beweglicher Zellen begleitet ist. Diese Zellen sind wirkliche Bindegewebszellen, wie dies schon Leydig angibt; es geht dies auch schon daraus hervor, dass sie mit anderen, unzweifelhaften Bindegewebszellen im Zusammenhange stehen.

Die zwischen den beiden Grenzschichten gelegene Gewebslage, die wie schon erwähnt, den Grundstock der Froschcutis bildet, die „gegitterte Lage“, wie ich sie l. c. nenne, ist auf weite Strecken ganz gefässlos; sie enthält auch kein Pigment. Lässt man sie in Essigsäure aufquellen und färbt sie dann mit Gold[2]), und macht hernach Flachschnitte oder lamellirt dieselbe, so erhält man dasselbe Bild, wie es die gleichfalls gefässlose Cornea gibt, sogar die Fundamentalnervennetze entsprechen denen der Cornea vollständig (Figur 4).

Welche Schlüsse lassen sich nun aus dem geschilderten Verhalten ziehen? Zunächst will ich noch besonders hervorheben, dass ich das Pigment nie anders als innerhalb der Zellen antraf.

Ich constatire somit nur eine nackte Thatsache, wenn ich behaupte, dass das Pigment in den Zellen gebildet wird, dass

---

[1]) Archiv für mikroskopische Anatomie 1876 und 1873. Leydig: Ueber die allgemeinen Bedeckungen der Amphibien.

Leydig: Die in Deutschland lebenden Arten der Saurier. Tübing. 1872.

[2]) Die Methode habe ich bereits l. c. angegeben.

ferner die Zellen das Materiale dazu aus dem Blute bekommen, ergibt sich einerseits daraus, dass es nur dort ist, wo Blutgefässe sind, andererseits ist dies auch ganz selbstverständlich, dies zu zu beweisen, bedarf es keiner weiteren Untersuchungen. Die Zellen werden ja direct oder indirect durch den Blutstrom ernährt, und nur von dort können sie das Material zur eventuellen Pigmentbildung nehmen. Es fragt sich aber, ob ein bestimmter Bestandtheil des Blutes, und wenn dies der Fall ist, welcher Bestandtheil des Blutes zur Pigmentbildung dient. Auch auf diese Frage brauchen wir die Antwort nicht schuldig zu bleiben. Es ist einer der bestbegründeten Lehrsätze der Biologie, dass Pigment aus dem Blutfarbstoff gebildet wird[1]).

Alle Erfahrung spricht dafür.

Wir finden, dass Hämorrhagien Pigment hinterlassen, welches durch die Eisenreaction, die es gibt, deutlich auf seine Quelle, auf das Hämoglobin hinweist. Aber selbst wenn das Pigment die Eisenreaction nicht gibt, ist es noch nicht erlaubt, auf eine andere Quelle zu schliessen, da man auch ein eisenfreies Hämatin kennt[2]).

Langhaus[3]) hat nachgewiesen, dass Blutkörperchen von lymphoiden Zellen aufgenommen werden und dass sie sich in diesen zu körnigem Pigment umwandeln. Pouchet sah diese Aufnahme auch an lebenden Fischen.

In neuerer Zeit hat Quincke (Beiträge zur Lehre vom Icterus, Virchow's Archiv 95. Bd. 1885) die hämatische Herkunft

---

[1]) Es ist hier nur das braune und schwarze Pigment gemeint, welches allen Wirbelthieren gemeinsam ist. Auf das sogenannte weisse und gelbe in Aether lösliche fettähnliche, und das Pigment von Federn, in denen ganz aussergewöhnliche Körper wie z. B. Kupfer nachgewiesen wurde, beziehen sich meine Angaben nicht.

[2]) Wie wenig der Eisenreaction eine entscheidende Stimme für die hämatogene oder nicht hämatogene Provenienz zukommt, zeigt der Umstand, dass Kunkel (Sitzungsberichte der physikal.-medicinischen Gesellschaft in Würzburg 1881) aus Pigmentgeschwülsten einen eisenhältigen Farbstoff dargestellt, trotzdem Perls eine Eisenreaction bei solchen Geschwülsten nie eintreten sah; bei Morbus Addisonii fand Perls, dass das Pigment im Unterhautzellgewebe Eisenreaction gab, das Pigment hingegen, welches der Malpighischen Schicht angehört, gab diese Reaction nicht. Virch. Arch. Bd. 39.

[3]) Virchow's Archiv Bd. 39.

des Pigmentes auch experimentell erwiesen. Er injicirte Hunden Blut ins Unterhautzellgewebe und erhielt zunächst diffuse Gelbfärbung des letzteren, später aber fanden sich gelbbraune Pigmentkörner, welche gewöhnlich Eisenreaction gaben und ihrer grösseren Zahl nach in Bindegewebszellen und Wanderzellen gelegen waren. Das im Unterhautzellgewebe ergossene Blut wird nach Quincke's Beobachtung auf beide von den Autoren beschriebene Weisen umgewandelt. Einmal geht die Pigmentbildung so vor sich, dass die rothen Blutkörperchen von den Zellen des Bindegewebes aufgenommen und in Pigment umgewandelt werden, während das Blutserum resorbirt wird; dies ist nach Quincke dann der Fall, wenn der Bluterguss kein zu massenhafter gewesen ist und gleichmässig im Bindegewebe vertheilt war. Hat sich aber ein Blutsack gebildet, so bleibt der centrale Theil für die Bindegewebszellen unzugänglich und verfällt der einfachen Nekrose. Es erleidet zunächst eine Umwandlung, wie sie auch ausserhalb des Körpers vor sich gehen würde, wenn das Blut dabei vor Fäulniss geschützt wäre: die rothen Blutkörperchen verblassen, so dass sie unter dem Mikroskop nur als runde Schatten erscheinen, ihr Farbstoff löst sich im Serum, dieses bildet dann eine concentrirte Hämoglobinlösung, welche an die Luft gebracht, zu einem Brei von Hämoglobinkrystallen erstarrt. Aus dieser concentrirten Lösung diffundirt das Hämoglobin neben den anderen Bestandtheilen derselben in das umgebende Gewebe, unter dessen Einfluss es dann weiter umgewandelt wird, wie dies Virchow zuerst beschrieben hat: es wird das Hämoglobin zu Hämatin und Pigment umgewandelt (zweite Art der Pigmentbildung).

Diese Umwandlung geschieht ausschliesslich durch den Einfluss des Gewebes, indem sie ausserhalb des Körpers nicht vorkommt. Nach den heutigen Anschauungen wären die Gewebszellen das active Element dabei. Ob diese Umwandlung nur innerhalb der Zellen vor sich gehen kann, erscheint Quincke noch fraglich, da er die Hämatoidinkrystalle meistens extracellulär gelegen sah, wie sich dies auch in meinen später zu erwähnenden Versuchen ergab. Quincke stellt hier die Hämatoidinkrystalle offenbar in dieselbe Reihe mit dem amorphen körnigen Pigmente.

Bezüglich des krystallisirten Pigmentes muss es nun nach den folgenden Untersuchungen zweifellos erscheinen, dass es ausserhalb



der Zellen gebildet werden kann, hingegen muss ich in Uebereinstimmung mit Quincke für die ausschliesslich intracelluläre Bildung des amorphen Pigmentes eintreten. Ersteres ist ein Niederschlag von Lösungen, der sich auch in Gewebsinterstitien bilden kann, das körnige Pigment ist aber ein Produkt der Zellthätigkeit. Ich habe durch Quetschung, also auf eine Weise wie Suffusionen häufig entstehen, Blutunterlaufungen in der Haut von Hunden und Meerschweinchen erzeugt und fand kurze Zeit später (2—3 Tage) galliggelbe Verfärbung des cutanen und subcutanen Gewebes; in einem späteren Stadium, als die oberflächliche Röthe schon geschwunden war und einer grünbraunen Verfärbung Platz gemacht hatte, fanden sich bereits braune Pigmentkörner innerhalb der Zellen, hie und da auch Hämatoidinkrystalle im lockeren subcutanen Gewebe. In einem noch späteren Stadium, als die gequetschte Stelle schon dunkelbraun geworden war, konnte ich massenhaftes körniges Pigment in den Zellen des Coriums und des subcutanen Gewebes, aber auch schon in der Malpighischen Schicht nachweisen.

Ebenso wie Quincke konnte ich die Beobachtung machen, dass sowohl ganze Blutkörperchen, als auch diffundirtes Hämoglobin das Material für die Bildung von Pigment liefern.

Es unterliegt somit kaum einem Zweifel, dass die Gewebszellen im Stande sind, aus Blutfarbstoff braunes und schwarzes körniges Pigment zu erzeugen, dass ferner nur sie es im Stande sind, während krystallisirter Farbstoff des Hämatoidin auch in Gewebsspalten gebildet werden kann. Normaler Weise findet sich jedoch in der Haut der Säugethiere nur körniges amorphes Pigment, und zwar stets innerhalb der Zellen.

Wenn wir dasselbe beim Frosche am dichtesten um das Capillarnetz finden, in der gefässlosen Mittelschicht ganz vermissen, wenn die pigmentirten Zellen beim Säugethier in der Papillarschicht und den reichlich vascularisirten Schichten und Partien überhaupt, so beim Hunde um die Schweiss- und Talgdrüsen, um die Haarbälge am reichlichsten sind, so gibt dies nach den oberwähnten Thatsachen nicht blos Anzeichen dafür, dass die Pigmentzellen dort vorkommen, wo sie das reichste Material zur Vegetation, sondern auch zur Pigmentbildung besitzen. Als solches müssen wir nach dem Gesagten den rothen Blutfarbstoff, das

Hämoglobin betrachten[1]). Interessant ist auch, dass vom Conjuctivaepithel sich Pigment in das Corneaepithel herein erstreckt, aber nur so weit, als die Randgefässschlingen der Cornea reichen, und wo diese aufhören, auch das Pigment mit einem scharfen Rande absetzt.

Ich erörtere hier die Anatomie der menschlichen und Säugethierhaut nicht in der eingehenden Weise, wie ich es bei der Froschhaut gethan habe, weil mich der Leserkreis, dem diese Arbeit vorliegt, dessen enthebt. Ich wende meine Aufmerksamkeit der Lagerung des Pigmentes zu.

---

[1]) Selbstverständlich gilt das Gesagte nur von dem braunen und schwarzen Pigment. Gegen die Provenienz des Pigmentes aus Blutfarbstoff hat man auch eingewendet, dass Pigment auch bei wirbellosen Thieren vorkomme. Nun sind aber diese Pigmente auch chemisch verschieden, wie überhaupt der Name Pigment ein Sammelname ist, und es wird Niemanden einfallen, den carminrothen, türkisenblauen und goldgelben Farbstoff der Crustaceen als aus Hämoglobin stammend anzusehen. Auch das weisse Pigment, das irisirende in den Fischschuppen (Guanin) und der gelbe in Aether lösliche fettähnliche Farbstoff der Amphibien und Fische mögen immerhin einem anderen Materiale als Blutfarbstoff ihre Entstehung verdanken. Die Darstellung des Pigmentes ist bisher nicht gelungen, was uns nicht Wunder nehmen kann, da es bisher auch nicht gelungen ist, aus Hämoglobin künstlich Hämatoidinkrystalle zu bilden, trotzdem letztere notorisch den ersteren entstammen. Hoppe-Seyler (Handbuch der physiol.-chem. Analyse) pag. 243 schreibt: „Für sehr viele dieser Pigmente ist der genetische Zusammenhang mit dem Hämatin und Hämoglobin unzweifelhaft, aber nur aus anatomischen Gründen, für andere ist er durchaus nicht nachzuweisen und chemisch ist er in keiner Weise bis jetzt zu erklären." Pag. 244: „Die Pigmente der Avertebraten sind noch wenig untersucht, unter ihnen ist die Sepie der Tintenfische analysirt und von Hosaeus nach Abzug der Asche von der Zusammensetzung C 44·2, H 3·3, N 9·9, O 42·5 Percent gefunden. Nach Schwarzenbach enthält jedoch die Sepie neben Farbstoff noch einen Schleimstoff, und zwar in 100 Theilen trockener Substanz 4·6 Pct. neben 14·7 Pct. Asche und 80·63 Pct. Pigment. Dies letztere ist nach Schwarzenbach unlöslich in Ammoniak und wird von Chlorkalk langsam entfärbt.

Dass diese geschilderten Farbstoffe sehr verschiedener Natur sind, ergibt sich aus ihrem verschiedenen chemischen Verhalten; die Verschiedenheit der Zusammensetzung kann ihre Ursache in der Differenz der Farbstoffe an sich oder in der Verunreinigung derselben durch andere Stoffe haben."



Die Untersuchungen Nothnagel's[1]) über Morbus Addisonii haben gleichfalls das Vorkommen von Pigment in Bindegewebszellen gelehrt.

In der menschlichen Haut findet man selbst an Orten, die überhaupt sehr pigmentreich sind, so z. B. im Warzenhof, in der Haut der Genitalien normaler Weise pigmentirte Bindegewebszellen, wenn man auf die unten beschriebene Methode mit Boraxcarmin und Salzsäure färbt[2]). Das im Corium gelegene Pigment erreicht jedoch keine solche Dichtigkeit, dass auf den ersten Blick gleich pigmentirte Zellen auffallen. Dieses hat zur Ansicht verleitet, dass das Pigment nur im Rete Malpighi entstehen könne und dass dieses allein der Träger des Pigmentes wäre, dasselbe wurde auch für die Haut des Negers behauptet. Wie jedoch schon Virchow nachgewiesen und Nothnagel neuerdings bestätigt hat, sind diese Stellen, zumal beim Neger im Corium gleichfalls pigmenthaltig. Das Pigment im Corium tritt dann besonders schön hervor, wenn man Stellen untersucht, die einer habituellen Hyperämie unterworfen sind, so die Nackenhaut von Individuen, die sich den directen Sonnenstrahlen häufig aussetzen, bei Weibern die Hüftgegend, wo die Röcke geschnürt werden, ebenso bei der Untersuchung der Epitheliden und Pigmentmäler. Prof. Neumann fand Pigment in Bindegewebszellen nach abgelaufenen syphilitischen Exanthemen.

Die Zellen des Coriums, welche das Pigment enthalten, bilden keine eigene Gattung von Zellen, sondern sind wirkliche Bindegewebszellen, wie dies Schöbl nachgewiesen hat („Ueber das äussere Gehörorgan des Igels als Tastorgan", Archiv für mikroskopische Anatomie):

„Die sternförmigen Zellen liegen unmittelbar unter der Malpighischen Schicht und erstrecken sich bis etwa zu dem Niveau der Talgdrüsen. Ihre Grösse ist mitunter sehr bedeutend, variirt aber ungemein. Einzelne messen vom äussersten Ende des einen Ausläufers zum entgegengesetzten 0·084 Mm. Sie sind ganz mit

---

[1]) Wendet man Farbstoffe an, welche auch die Bindegewebsfasern färben, so werden die pigmentirten Bindegewebszellen häufig verdeckt, um auf diese Weise mit Veranlassung zu geben, als wäre das Pigment nur in der Malpighischen Schicht enthalten.

[2]) Ueber Morbus Addison. Archiv für klinische Medicin. 1885.

schwarzbraunem Pigment angefüllt, nur in der Mitte bleibt die Stelle des Kernes pigmentfrei. Ihre Gestalt ist im Ganzen sternförmig, doch höchst polymorph, mit den verschiedenartigsten mitunter verästelten und wieder verschmelzenden Ausläufern von verschiedener Länge, die häufig mit den benachbarten Zellen zusammenstossen und so zu anastomosiren scheinen. An gut gelungenen Querschnitten kann man den ganz allmälichen Uebergang der colossalen, vielfach verästelten Pigmentzellen unter der Malpighischen Schicht bis zum winzigen, spindelförmigen, farblosen Bindegewebskörperchen in der Nähe des Knorpels in prachtvoller Weise zur Ansicht bekommen, indem die Zellen, je weiter sie sich von der Oberfläche entfernen, an Gestalt immer weniger complicirt werden, an Grösse und Pigmentreichthum abnehmen."

„Zur Untersuchung dieser Verhältnisse eignen sich am besten die dunkelsten Varietäten der Igel und ganz ausgewachsene Exemplare. An albinotischen Igeln sind alle diese Zellen pigmentlos und namentlich sind die obersten sternförmig verästelten ohne Anwendung von Reagentien gar nicht wahrnehmbar."

Der Umstand, dass bei albinotischen Individuen das Pigment in sämmtlichen Gewebssystemen fehlt, obzwar die Zellen, die dasselbe bei dunkelgefärbten Individuen derselben Species enthalten, auch hier vorhanden sind, ist mit ein Beweis, dass zur Bildung von Pigment die Anwesenheit von Blutfarbstoff nicht genügt, sondern dass dazu auch specifische Zellenthätigkeit nothwendig sei, um körniges Pigment zu bilden.

II. Pigment in der Epidermis.

a) Der Amphibien.

Nachdem ich das Vorkommen des Pigmentes im Cutisgewebe besprochen, dessen Vertheilung auseinandergesetzt und mit Berücksichtigung dessen, was das Experiment und die pathologische Untersuchung gelehrt haben, zu bestimmten oben dargelegten Schlüssen gelangt bin, wende ich mich zur Untersuchung des Pigmentes in der Epidermis. Ich folge hier nicht nur dem Gange meiner Untersuchungen, sondern glaube auch zum besseren Verständniss beizutragen, wenn ich mit der Schilderung des Verhaltens des Pigmentes in der Epidermis des Frosches beginne.



Bei diesem Thiere zeigen sich folgende Bilder:

1. Das Pigment befindet sich sowohl in den basalen, als in den darüberliegenden, also in allen Zellenlagen der Epidermis. Diesen Zustand nenne ich aus Gründen, die bald klar gelegt werden sollen, die erste Stufe der Pigmentinfiltration (Figur 1).

2. Die basalen Zelllagen sind pigmentfrei, die oberen pigmentirt. zwischen der pigmentirten und pigmentlosen Epidermisschicht liegen ganz constant verzweigte pigmentirte Zellkörper, die der Hauptmasse nach aufwärts gerichtete Ausläufer tragen. Diesen Zustand nenne ich die zweite Stufe der Pigmentinfiltration (Figur 2). Die verzweigten Zellkörper der Epidermis sind, wie man sich unter dem Mikroskope ganz deutlich an überlebenden Präparaten überzeugen kann, activ beweglich, was schon von Flemming beobachtet wurde, ich konnte unter dem Mikroskope ein deutliches Strömen des Pigmentes innerhalb der Zellen und ein Uebertreten des Pigmentes in die darüberliegenden Epidermiszellen beobachten.

3. Finden sich Partien, in denen weder die tieferen, noch die oberflächlichen Zellen pigmentirt sind.

Der erstgenannte Zustand findet sich nur an kleinen, engbegrenzten Partien, welche schon makroskopisch oder bei Loupenvergrösserung in der durchscheinenden Epidermis als schwarze, wie mit Tinte hingezeichnete, zuweilen leicht elevirte Punkte erscheinen. Man kann diese Stellen sowohl an senkrechten Durchschnitten, als an Flächenpräparaten studiren.

In ersteren Präparaten, die in Alkohol gehärtet und mit Boraxcarmin gefärbt sind, sieht man im allgemeinen ein Bild, wie es Figur 1 zeigt[1]).

---

[1]) Um das Schrumpfen der Präparate bei der Behandlung mit Nelkenöl und Damarlack auf ein Minimum zu reduciren, um die Färbung keine diffuse, das Pigment verdeckende werden zu lassen, wasche ich die eben angefertigten und mit Boraxcarmin gefärbten Schnitte mit salzsäurehältigem verdünntem Alkohol und entwässere, indem ich sie mehrere Wochen unter dem Deckglase in concentrirtem Glycerin liegen lasse, worauf es genügend ist, die Präparate auf wenige Minuten in concentrirten Alkohol zu bringen, um sie der weiteren Behandlung mit Nelkenöl und Damarlack zugänglich zu machen.

Es stellt sich an solchen Durchschnitten heraus, dass ein solcher makroskopisch sichtbarer schwarzer Punkt der Fläche nach ein kreisförmiges Territorium von 5—15 Basalzellen im Durchmesser einnimmt, dass in diesem Areale die gesammte Epidermis mit Pigment infiltrirt ist, dass jedoch das darunter liegende, die Capillargefässausbreitung begleitende Netz von verzweigten Zellen pigmentfrei ist; die letzteren hängen durch Ausläufer mit den pigmentirten Zellen des Netzes in der Umgebung zusammen.[1]) Dieses Verhalten tritt besonders schön bei der Flächenbetrachtung hervor. Man verfährt dabei, wie ich es schon beschrieben habe, folgendermassen: Man lässt die Froschhaut in verdünnter Essigsäure (1 Eisessig : 5 Wasser) aufquellen. wobei sich zunächst die Epidermis und erst später das oben beschriebene subepidermoidale Zellnetz abspaltet. An den schwarzen Stellen jedoch ist die Epidermis mit demselben so innig verbunden, dass sie im Zusammenhange mit dem Zellnetz bleibt, während die übrige Epidermis sich von demselben loslöst, ein Umstand, der für die späteren Betrachtungen von Belang sein wird. Mit einem starren Pinsel kann man die Epidermis abstreifen und die darunter liegende Bindegewebszellschicht zur Ansicht bekommen. Dabei sieht man deutlich, wie die Ausläufer derselben mit den pigmentirten Zellen der gleichen Schicht in der innigsten Verbindung stehen, wie das Ganze ein ununterbrochenes Zellnetz darstellt, welches nur an einer circumscripten Stelle kein Pigment enthält. Dafür findet sich das Pigment an eben diesen Stellen in reichlichster Menge in der Epidermis.

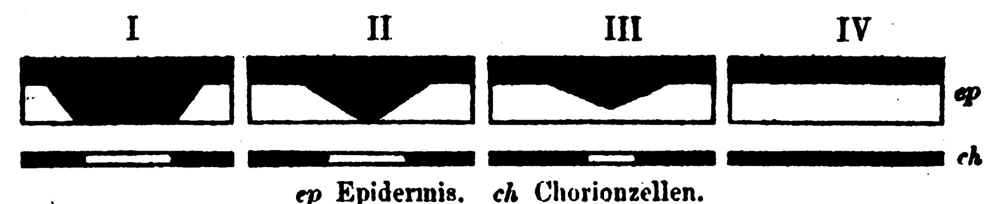
Die Schlüsse, die wir aus dem geschilderten Verhalten ziehen können, sind folgende: Da nach den oben angeführten Auseinandersetzungen das Pigment in grösster Menge von dem die Capillargefässausbreitung begleitenden Bindegewebszellnetz gebildet wird, dieses Zellnetz jedoch an den als schwarze Punkte in der Froschhaut hervortretenden Stellen pigmentlos ist, so muss an diesen Stellen in dem Bindegewebszellnetz entweder kein Pigment gebildet worden sein, oder dieses muss, obwohl gebildet, wieder aus den Zellen geschwunden sein. Was in Wirklichkeit

[1]) An solchen Stellen fand Merckel seine Nervenendplatten, diese sieht man aber nur in der Minderzahl solcher Stellen.

statthat, können wir an dem Verhalten der Epidermis sehen; sie, die auf weite Strecken pigmentarm oder sogar pigmentlos ist, besitzt an diesen Stellen den reichlichsten Pigmentgehalt, so dass diese Stelle als schwarzer Punkt schon für das unbewaffnete Auge sichtbar wird. Ist dieses Verhalten nicht der deutlichste Fingerzeig dafür, dass das Pigment von den Zellen des erwähnten Netzes in die Epidermis gewandert sei? Der Weg dahin war ja durch später zu beschreibende Fortsätze gegeben, die diese Zellen mit denen der Epidermis verbinden, die besonders an diesen Stellen reichlicher sein müssen, da gerade hier eine festere Verbindung hergestellt wird, so dass sich die Epidermis schwerer von der Unterlage abhebt. Die Zellthätigkeit hatte sich eben der Aufgabe zugewendet, das Pigment in die Epidermis zu schaffen, und daher wurden zahlreichere Fortsätze ausgesendet, welche sich dichter an die Fortsätze der Epidermiszellen anlagerten. Die Zellen selbst sind nicht mitgewandert, denn wir finden sie noch an Ort und Stelle, sie haben nur ihr Pigment verloren. Ob nicht doch Theile des Zellnetzes in die Epidermis mit eindringen, wird im III. Abschnitt besprochen werden.

Zwischen dem ersten und dem folgenden zweiten Stadium der Pigmentinfiltration findet ein ganz allmälicher Uebergang statt. Letzterer findet sich in der Umgebung des ersteren. Die Verhältnisse stellen sich ungefähr in folgender Weise dar: Das erste Stadium findet sich, wie oben erwähnt, in circumscripten Herden, so dass von der Fläche aus betrachtet, eine solche Stelle einem kleinen, etwas über das Niveau der Umgebung hervorragenden Kreise gleicht. Diesem Kreise entspricht ein abgestutzter Kegel, dessen breitere Basis die freie Fläche der Epidermis, dessen Stutzfläche die pigmentirten Basalzellen der Epidermis bilden, unter welchen wiederum das subepidermoidale Netz der Bindegewebszellen in derselben Ausdehnung pigmentlos erscheint, als die ersteren pigmentirt sind. Die ganze Stelle bildet also einen umgestürzten schwarzen Kegelstutz, der auf einer pigmentlosen Unterlage aufsitzt. Die Umgebung dieses Kegelstutzes befindet sich in der Regel im zweiten Stadium der Pigmentinfiltration. Die Mantelfläche des Kegelstutzes übergeht in dieselbe allmälich, dass eigentlich nur die um die Axe derselben gelegene Epidermis in der ersten Infiltrationsstufe sich befindet (Figur 1).

In einem nächsten Stadium ist der Kegelstutz in einen wirklichen, jedoch flachen Kegel übergegangen, dessen Scheitel eine einzige Zelle der Basalschicht bildet, d. h. das Pigment ist aus der Basalschicht weiter hinaufgerückt und blieb nur noch in einer in der Kegelspitze gelegenen einzigen Basalzelle zurück. Hier ist nur noch die Axe des Kegels in der ersten Infiltrationsstufe, im nächsten Stadium geht auch diese in die zweite Infiltrationsstufe über, d. h. die Höhe des Kegels wird immer kleiner und kleiner, bis sie schliesslich gleich Null wird. Wie es das Schema unter I II etc. zeigt.



ep Epidermis. *ch* Chorionzellen.

Das subepitheliale Bindegewebszellnetz *ch* ist zu der Zeit, wo sich die darüberliegende Epidermis in der zweiten Stufe der Pigmentinfiltration befindet, schon wiederum mit Pigment erfüllt (Figur 2 Schema IV), es hat sich also das subepitheliale Bindegewebszellnetz, während das aus demselben ausgetretene Pigment in der Epidermis weiter aufwärts gestiegen war, wiederum mit neugebildetem Pigment angefüllt.

Die zweite Stufe der Pigmentinfiltration geht allmälich in jenes dritte Bild über, in welchem in der Epidermis gar kein Pigment mehr vorhanden ist. Die Grenze zwischen den tieferen pigmentlosen und den oberen pigmentirten Schichten steigt immer mehr in die Höhe, die an der Grenze beider Epidermisschichten gelegenen verzweigten Zellkörper verlieren, je höher sie zu liegen kommen, nach und nach ihre Fortsätze und ihre scharfen Contouren, sie werden mehr den übrigen Epidermiszellen ähnlich, und wenn nach wiederholten Häutungen die letzte pigmentirte Schicht an die Oberfläche gelangt ist, stossen sie sich mit derselben ab. Hiemit ist der Weg des Pigmentes durch die Epidermis zurückgelegt und die Pigmentwanderung aus den wieder gefüllten Corionzellen kann von neuem beginnen.

Es erübrigt noch, die Pigmentvertheilung in den einzelnen Zellen zu untersuchen. Hier fällt zunächst auf, dass das Pigment



nur selten die ganze Epithelzelle gleichmässig durchsetzt, sondern dass es sich meist in den oberen Partien der Zelle angesammelt hat, dass es schalenförmige, oder wie andere Beobachter mit Beziehung auf das Durchschnittsbild sagen, sichelförmige Pigmenthaufen bildet. Man hat es versucht, diesen Befund dahin zu deuten, dass das Pigment, weil es an der dem Blutgefässsystem abgewendeten Seite am reichlichsten liegt, nicht aus demselben entstanden sein könne; untersucht man jedoch genau, so findet man die Ränder dieser sichelförmigen Figuren durch nach abwärts ziehende Streifen mit jenen verzweigten Zellen zusammenhängen, die wir schon deshalb als die Vermittler der Pigmentwanderung aus den tieferen in die höheren Epidermislagen betrachten müssen, weil sie immer zwischen den pigmentlosen höheren und pigmentirten tieferen Schichten auftreten. Das Nähere über diesen Vorgang wird im III. Abschnitte besprochen.

Verzweigte Zellen in der Epidermis beschrieb schon Leydig (Histologie d. Menschen u. Thiere, 1859) bei Fischen und Reptilien. Ebenso Heinrich Müller (Würzburg. naturwissenschaftl. Zeitschr. Bd. X, pag. 164; Virchow's Archiv, Bd. X). Dieselben fand auch Friedr. Eilhard Schultze (Arch. f. mikr. An. 1867) in der Oberhaut der Fische und Amphibienlarven. Merkwürdig bleibt, dass sowohl nach Heinrich Müller, wie nach Fr. Eilh. Schultze bei Fischen und nackten Amphibien die verzweigten Zellen die Basalschicht der Epidermis ganz frei lassen und schon bei den eine Hornschicht besitzenden Reptilien nur in den unteren Lagen sich finden. Wir werden später sehen, dass bei den Säugethieren dasselbe Verhältniss statthat, wie bei den Reptilien, und dass dieses Verhältniss geeignet ist, ein eigenthümliches Streiflicht auf die Natur und die Function dieser pigmentirten verzweigten Zellen zu werfen.

b) Pigment in der Epidermis bei den Säugethieren und den Menschen.

Beim Menschen und den Säugethieren ist das Pigment in der Epidermis ähnlich angeordnet, wie bei den Amphibien und Reptilien. Unterschiede, welche sich finden, sind nur solche des Grades, und meist dadurch hervorgebracht, dass die oberen Lagen der Säugethierepidermis durch den Verhornungsprocess mehr oder weniger den vitalen Vorgängen entzogen sind. Wir wollen zunächst



die Lagerung des Pigmentes in der Epidermis, dann in den Anhangsgebilden derselben, in den Haaren untersuchen. Da finden wir zunächst, dass das Pigment in den Zehenballen schwarzer Hunde die ganze Dicke der Epidermis einnimmt, dass es sich auch in den verhornten Zellen vorfindet, mit denen es abgestossen wird, dass es in den tieferen Lagen der Epidermis im Rete Malpighii, ähnlich wie bei den Amphibien, sogenannte halbmondförmige Figuren bildet, dass die Zellen der Palissadenschicht dünne pigmentirte Ausläufer in das Chorion senden. An der Grenze zwischen Chorion und Epidermis zeigen sich äusserst zierliche, verzweigte Zellen, welche ihrer ganzen Configuration nach von den pigmentirten Bindegewebszellen der Lederhaut wesentlich abweichen. Es sind dies wirkliche sternförmige, mit äusserst zarten pigmentirten Ausläufern versehene Gebilde. An Flächenbildern, die man auch häufig an senkrechten Durchschnitten zu sehen bekommt, wenn der Schnitt parallel zur Böschung einer Papille oder Falte geführt wird, an solchen Flächenbildern gewahrt man, dass die Zellen auch unter einander im Zusammenhange stehen. Die pigmentirten Bindegewebszellen des Chorion jedoch sind viel grössere, vielgestaltige plumpe Gebilde, ähnlich den übrigen Bindegewebszellen, ihre Ausläufer übergehen in den Zellleib in unregelmässigster Weise.

Kehren wir zu den Zellen der Malpighischen Schicht zurück, so finden wir, dass die obenerwähnten Halbmonde auch hier nicht die Bedeutung haben, als ob das Pigment sich nur an der dem Chorion abgewandten Seite oberhalb des Kernes vorfinden würde, sondern man sieht ganz deutlich, dass von der Kuppe der Zellen, ganz ähnlich wie wir es bei den Amphibien beschrieben haben, Pigmentstreifen um den Kern bis in den untersten Theil der Zelle ziehen.

Zwischen den Zellen der Malpighischen Schicht finden sich verzweigte pigmentführende Zellen ziemlich spärlich und nur in der basalen Lage sind sie continuirlich zu finden.

Viel deutlicher als an der Haut der Zehenballen der Hunde zeigen sich die hier beschriebenen Verhältnisse an der pigmentirten Conjunctiva bulbi des Ochsen (die Conjunctiva palpebrarum und der Uebergangstheil eignen sich nicht zur Untersuchung). Wie Figur 3 lehrt, findet man an der Grenze



zwischen dem Epithel und dem Bindegewebe der Conjunctiva, sowie zwischen den Zellen der Malpighischen Schicht selber verzweigte Zellen, welche durch ihren mehr rundlichen Körper, durch ihr ungemein fein verzweigtes Netz zarter Ausläufer sich von den pigmentirten Zellen des Bindegewebes aufs deutlichste unterscheiden lassen.

Ihre Fortsätze verzweigen sich auch nur in dem Epithel und ihre Körper liegen mit dem grössten Theile ihres Umfanges in demselben und berühren nur mit einem kleinen Theil desselben die Grenze des Epithels und des Bindegewebes, viele liegen überhaupt ganz im Epithel. In den Zellen der Malpighischen Schicht selber ist die Anordnung häufig eine ganz charakteristische. Das Pigment ist oberhalb des Kernes in der Randzone der Zellen in Form einer Kappe oder einer Schale angehäuft, von deren Rändern das Pigment in den seitlichen Randtheilen der Zelle in Form von fransenähnlichen Streifen um den Kern bis zum Fuss der Zelle herabzieht. Ja an manchen Schnitten ist die Grenze zwischen den pigmenthaltigen Randpartien der Zelle und der pigmentlosen Umgebung des Kernes häufig eine so scharfe, dass es den Anschein hat, als hänge wirklich eine pigmentirte Kappe über den Zellleib herab. In diese pigmenthaltigen Streifen sieht man nun von unten die Ausläufer der verzweigten Zellen nicht selten übergehen und diese streichen zu diesem Zwecke bis in die obersten Zelllagen der Malpighischen Schicht. Wie man sieht, stimmen diese verzweigten Zellen mit jenen in der Froschepidermis vollkommen überein, nur mit dem Unterschiede, dass ihre Lagerstätte weiter nach abwärts zwischen die unteren Zellen der Malpighischen Schicht gerückt ist, während sie sich, wie bereits oben beschrieben, beim Frosche nur in der zweiten Infiltrationsstufe, und zwar an der Grenze zwischen mittleren und oberen Epidermislagen befinden. In den Zehenballen der Hunde ist ihr Standort ein noch viel tieferer an der Grenze zwischen Chorion und Epidermis. Es steht also die Conjunctiva des Ochsen morphologisch an der Grenze zwischen Amphibienhaut und Säugethierhaut. In der Froschhaut und der Conjunctiva des Ochsen gehen die vitalen Vorgänge der amöboiden Bewegung und Protoplasmaströmung fast durch die ganze Dicke der Epidermis, während sie in der eine Hornschicht tragenden Säugethierhaut

nur auf den unteren Zelllagen beschränkt bleiben. Beim Menschen sind die verzweigten Zellen einfache rundliche oder ovale Zellkörper mit kurzen und wenigen Ausläufern, welche an die basalen Zellen oft in Nischen derselben sich einschmiegen, die bald pigmenthaltig, bald pigmentlos sind. Ihr Pigmentgehalt befindet sich überhaupt im qualitativen Gegensatz zu dem der anliegenden Basalzellen. Wie später gezeigt wird, fehlen die Zellen überall, wo die Fortschaffung des Pigmentes sistirt ist.

Die Lagerung des Pigmentes in der Malpighischen Schicht beim Menschen an stark pigmentirten Stellen (auch beim Neger) fand ich ganz analog der Lagerung, wie ich sie in der Conjunctiva des Ochsen, in den Zehenballen des Hundes und bei den Amphibien beschrieben habe. Auch hier bildete es schalenförmige Anhäufungen in den Zellen, auch zogen pigmentirte Streifen nach abwärts. Die basalen Zellen der Epidermis senden kurze, dünne, pigmentführende Fortsätze in das Chorion, die, wie wir später sehen werden, bei der Fortschaffung des Pigmentes eine active Rolle spielen. Die Pigmentzellen im Chorion haben auch hier denselben Charakter, wie die übrigen Bindegewebszellen und differiren von den sternförmigen in der Basalschicht der Epidermis ganz so, wie das oben für die Zehenballen des Hundes und für die Conjunctiva des Ochsen beschrieben wurde.

Was hier von der Epidermis im Allgemeinen gesagt wurde, gilt auch von deren Anhangsgebilden, den Haaren.

In der Papille schwarzer Haare sind constant die längst bekannten Pigmentzellen zu finden, welche unten in dem lockeren Antheile der Papille, in dem sogenannten Halse derselben, sowie an der Stelle, wo sie in das lockere Bindegewebe des Haarbalges übergeht, grösser sind, den auch sonst grösseren Bindegewebszellen dieser Stelle entsprechend. Am Scheitel der Papille jedoch, ebenfalls den Bindegewebszellen dieser Stellen ganz analog, klein sind[1]). Ihrem Aussehen nach ganz verschieden sind die verzweigten Zellen, welche an der Grenze der Matrix und der Papille und in den Matrices selber liegen. Sie treten überhaupt

[1]) Bei der Untersuchung dieser Gebilde muss die Mikrometerschraube des Mikroskopes äusserst präcise gehandhabt werden. Häufig nämlich hat es den Anschein, als ob grosse Pigmentzellen auch in den oberen Partien der Papille lägen, untersucht man jedoch genau, so findet man, dass diese



bei der Untersuchung im Alkohol gehärteter Präparate höchstens nur mit ihrem Körper und allergrössten Fortsätzen deutlich hervor. So kommt es, dass ihre Gesammtlänge von früheren Untersuchern viel kürzer angegeben wird, als ich es fand. Riehl[1]) gibt die Länge derselben auf 2—4 Zellendurchmesser an. Fertigt man jedoch die Präparate auf diese Weise an, dass man die Kopfhaut noch in eine Lösung von Essigsäure (1 : 3 Wasser) gibt, sie darin 6 Stunden liegen lässt, dann im absoluten Alkohol Wochen lang härtet, denselben häufig wechselt, und mit Boraxcarmin, Salzsäure und Glycerin, wie oben angegeben, behandelt, so findet man, dass die Fortsätze der verzweigten Zellen bedeutend länger sind, das drei- bis vierfache der von Riehl angegebenen Länge besitzen. Die Zellkörper liegen zum grössten Theile in der Basis der Matrices, jedoch ganz von Matrixzellen eingeschlossen, ganz ähnlich wie die verzweigten Zellen in der Conjunctiva des Ochsen, denen sie auch sonst gleichen und berühren nur mit einer Seite ihres Umfanges die Papillenmatrixgrenze. Ihre Fortsätze dringen nur nach aufwärts, zwischen den Zellen der Rindenmatrix bis dahin, wo die letzteren zu verhornen im Begriffe stehen, also ebensoweit, als sich die Kerne derselben noch mit Boraxcarmin, wenn auch schwach roth färben. Die Ausläufer hängen, wie schon Riehl angegeben hat, mit den Bildungszellen der Haarmatrix zusammen. Nach unten in die Papille habe ich keine nennenswerthe Ausläufer jemals beobachten können. Wenn die Papille in Essigsäure aufgequollen einen etwas grösseren Umfang erreicht, rollt sich die weniger aufgequollene Matrix von der Papille ab und die verzweigten Zellen, welche der Papillenmatrixgrenze anliegen, bleiben immer in der Matrix Fig. 8. Nie bleiben sie auf der Papille liegen oder gar mit dieser in innigerer Verbindung. Ihre rundlichen Körper senden auch ein Netz von Ausläufern längs der Papillenmatrixgrenze, welche die Papille

---

dem Haarbalge angehören, und nur dadurch scheinbar in die Papille verlegt werden, dass ein Theil des Haarbalges beim Uebergang in den Blindsack der Papille locker aufliegt, und dadurch den Anschein gewinnt, als wäre er ein Bestandtheil der Papille. Namentlich ist dies bei Haaren der Fall, wo die Matrix der äusseren Wurzelscheide nicht tief an die Papillenbasis hinabreicht.

[1]) Diese Vierteljahresschrift 1884.

umgreifen Fig. 9, aber beim Loslösen ebenfalls nie an derselben haften, sondern immer an der Matrix bleiben.

Aus diesen Umständen erhellt es aufs deutlichste, dass die Verbindung, die zwischen den Pigmentzellen der Haarpapille und Haarmatrix besteht, nur eine ganz leichte und vorübergehende sein muss. Die Annahme, dass es sich um Zellen handelt, die aus der Haarpapille in die Matrix eingewandert sind, kann also nicht ohne weiteres blos auf die Thatsache hin, dass beide sowohl die Zellen in der Papille, wie auch in der Matrix pigmentirte verästelte Zellen sind, acceptirt werden, sondern sie bedarf einer genaueren Begründung, umsomehr, als ja auch nicht zu verachtende anatomische Unterschiede, wie schon oben angeführt wurde, zwischen den beiden Zellarten bestehen.

Wir werden dieser Frage, welche bereits von Kerbert[1]) unter Leukarts' Leitung aufgeworfen und im bejahenden Sinne beantwortet wurde, im nächsten Abschnitte näher treten.

Zwischen der Pigmentvertheilung im Haare und der Epidermis besteht jedoch ein Unterschied: während nämlich bei der Epidermis des Menschen und der Säugethiere es immer die basalen Zellen sind, welche zunächst Pigment enthalten, und mit den Pigmentzellen in Verbindung stehen, sind die Matrixzellen des Haares, welche unmittelbar der Haarpapille anliegen, immer pigmentfrei, und nur die zwischen ihnen hindurchziehenden, sie umhüllenden Fortsätze der verzweigten Zellen führen Pigment, in dem sie um die Zellen durchbrochene Pigmentscheiden bilden.

Unna[2]) beobachtet daher ganz richtig, wenn er schreibt, dass in den unteren Theilen der Haarmatrix bei weitem das meiste Pigment zwischen den Zellen zu liegen kommt, was um so deutlicher hervortrete, je dünner die Schnitte ausfallen. Damit wollte Unna nicht bestreiten, dass weiter oben das Pigment seinen Weg in die Zellen selbst findet, eine Anschauung, die hauptsächlich von Waldeyer vertreten wird. Der Widerspruch erklärt sich ganz einfach. Die unteren Matrixzellen stecken einfach im Netze der verzweigten Zellausläufer, ohne mit denselben in eine Verbindung einzugehen, doch schon die dritten und vierten Zellenreihen hän-

[1]) Archiv für mikrosk. Anat. 1877. Bd. 13.

[2]) Archiv für mikrosk. Anatomie. 1876.

gen mit den Ausläufern dieses Netzes zusammen und enthalten deshalb auch selbst Pigment. Auf diese Weise erscheint auch der Ausspruch Waldeyer's (Atlas etc. 1884) gerechtfertigt, dass das Pigment auch im unteren, noch weichem Haarende in den Bildungszellen der Rinde gelegen ist. Der scheinbare Widerspruch zwischen den Angaben Waldeyer's und Unna's wird auch noch gelegentlich der Besprechung der Fortschaffung des Pigmentes im Haare näher beleuchtet werden.

III. Das Uebertreten des Pigmentes aus dem Chorion in die Epidermis.

Ehe wir dem in der Ueberschrift angedeuteten Vorgang näher treten, möchte ich noch die Frage erörtern, ob überhaupt in der Epidermis Pigment gebildet wird, und bemerke im Vorhinein, dass diese Annahme als durchaus unbegründet zurückgewiesen werden muss. Der Nachweis, dass im Chorion Pigment gebildet wird, ist bereits oben geliefert worden. Es handelt sich daher nur darum, zu untersuchen, ob es Fälle gibt, in denen das in der Epidermis vorfindliche Pigment nicht aus dem Chorion hinaufgestiegen sein könne. Bei den Amphibien haben wir vom Epidermispigment nur die drei bekannten Bilder, und diese bedeuten, wie wir es bereits gesehen haben und noch näher erörtern werden, nur eben so viele Phasen des Pigmentaufsteigens aus dem Chorion; es gibt somit kein Bild der Pigmentvertheilung, welches sich anders erklären liesse, als dadurch, dass das Pigment im Chorion gebildet und in die Epidermis aufgestiegen ist.

Es wurde behauptet, dass das Pigment an dunkelgefärbten Hautstellen sowohl beim Menschen, als auch bei den Säugethieren in der Epidermis gelagert sei und dass das Chorion pigmentlos sei. Diese Angaben sind einfach unrichtig. Untersucht man die Haut der männlichen und weiblichen Genitalien weisser Menschenracen, oder die Negerhaut, endlich auch pigmentirte Säugethierhäute, so findet man immer, dass im Chorion pigmentirte Bindegewebszellen vorhanden sind. Beim Igel und der Fledermaus fand Schoebl die verzweigten Pigmentzellen des Chorion ebenso zu einem reichlich entwickelten Netze vereinigt, wie bei den Amphibien. Beim Menschen freilich sitzt die Hauptmasse des Pigmentes in der Epidermis. Dieser Befund erklärt sich ganz einfach



dadurch, dass die Fortschaffung des Pigmentes aus der Lederhaut zur Oberhaut eine continuirliche ist, dass sich jedoch das Pigment in der Epidermis anhäuft, weil es von da überhaupt nicht weiter fortgeschafft, sondern nur mit den Hornzellen abgestossen wird.

Wir werden weiter unten den Nachweis liefern, dass die Epidermiszellen das Pigment innig festhalten und dauernd aufzubewahren vermögen, während die Bindegewebszellen dies nur für kurze Zeit leisten, und wenn das Aufsteigen des Pigmentes von irgend einem Punkte der Lederhaut behindert ist, wird der Farbstoff von der Umgebung aufgenommen und weiter befördert; er wird der Resorption anheimfallen.

Dass diese Darstellung richtig ist, beweist einerseits die Analogie der Pigmentvertheilung in der Säugethierhaut mit der Haut der Amphibien, von der es ja unzweifelhaft erwiesen ist, dass das Pigment nur im Chorion gebildet wird, anderseits ist hiefür beweisend, dass es Zustände gibt, in denen nachweislich Ueberträger des Pigmentes aus dem Chorion in die Epidermis fehlen, und das Pigment deshalb in der Lederhaut im Ueberflusse vorhanden, in der Oberhaut jedoch ganz fehlt. (Siehe Darstellung der Vitiligo und Poliosis circumscripta.)

a) Pigmentübertragung bei den Amphibien.

Es wurden bereits oben im II. Abschnitt jene Stellen erwähnt, wo die subepithelialen Bindegewebszellen ihres Pigmentes baar sind, während es sich in den darüberliegenden Epidermiszellen angehäuft hat (erste Stufe der Pigmentinfiltration), ferner wurde nachgewiesen, dass an diesen Stellen der Zusammenhang zwischen Chorion und Epidermis ein innigerer ist, als an anderen Stellen. Nun habe ich bereits in einer früheren Arbeit l. c. gezeigt, dass von dem subepithelialen Pigmentzellennetz Fäden in die Epidermis ziehen, und habe bereits damals die Vermuthung ausgesprochen, dass sie mit pigmentirten Zellen der Epidermis zusammenhängen, und so lag es nun nahe, sie für die Vermittler der Pigmentübergabe an die Epidermis zu halten. Untersuchungen, die ich anstellte, belehrten mich, dass sich die genannten Fortsätze des subepidermoidalen Zellennetzes an die Basalzellen anlegen, doch konnte ich wegen der Kleinheit der Gewebselemente



beim Frosche deren weiteres Verhalten nicht ermitteln und sah mich daher genöthigt, zu einem anderen Amphibium, der Salamandra maculata zu greifen. Meine Erwartungen wurden vollständig gerechtfertigt.

Nach einer bereits von mir angegebenen, l. c. etwas modificirten Methode[1]) mit Goldchlorid gefärbt sieht man sowohl beim Frosche, wie beim Salamander, bei letzterem jedoch viel deutlicher fingerförmige Fortsätze von den violettgefärbten Basalzellen der Epidermis abgehen, die früher schon gesehen, zuletzt von Pfitzner (Morphol. Jahrb. 1880) als Streifen beschrieben wurden, über deren weiteres Verhalten aber der genannte Autor nichts Näheres anzugeben im Stande war. Die genannten Fortsätze erscheinen bald als kurze, am freien Ende etwas verdickte abgerundete Fäden, bald als längere, etwas zugespitzte Protoplasmastreifen. Häufig ist der mittlere Fortsatz lang und zugespitzt, während die seitlichen Fortsätze, die von einer Zelle ausgehen, kurz und abgerundet sind (siehe Figur 7); sie sind in die zellenfreie Zone des Chorions,

[1]) Die Methode ist folgende: Die ganz frische Haut wird von allem anhaftendem Gewebe befreit (ja es empfiehlt sich sogar, die tiefsten Schichten des Chorions abzutragen, um das Präparat dünner zu machen), dann wird sie in circa 1 Centimeter lange und 1/2 Centimeter breite Streifen geschnitten, die zunächst in Essigsäurelösung (1 acidum acet. glac. zu 3 aqu. dest.) 8—12 Std. bleiben, dann kommen sie in 1/4 Percent Goldchloridlösung, in der sie 4—5 Stunden liegen, dann werden die Präparate in Prichard'scher Flüssigkeit (1 Theil Ameisensäure, 1 Theil Amylalkohol und 100 Theile Wasser) im Lichte reducirt. Wichtig ist, dass in den letzten zwei Flüssigkeiten (im Goldchlorid und in der Prichard'schen Flüssigkeit die Epidermis nach oben gewendet sei. Der Vorzug dieser Methode besteht in Folgendem: Durch Essigsäure von der angegebenen Concentration wird erfahrungsgemäss das Protoplasma coagulirt, während die leimgebende Zwischensubstanz leicht aufquillt, die Folge davon ist, dass bei der nachherigen Goldfärbung sich nur das Protoplasma färbt, während die Bindesubstanz nur wenig Gold aufnimmt, ferner ist durch die Quellung und durch den Umstand, dass man verdünnte Lösungen nimmt, die Diffusion der Flüssigkeit eine viel lebhaftere, weshalb die Färbung mehr in die Tiefe dringt. Nachdem die Färbung vollendet, werden die Präparate im absoluten häufig gewechselten Alkohol gehärtet, geschnitten und in Glycerin eingeschlossen. Die Bindesubstanz erscheint dann in guten Präparaten ganz ungefärbt, während die feinsten Protoplasmastreifen dunkel purpurroth und violett erscheinen.

welche zwischen Epidermis und dem subepithelialen Bindegewebszellennetz sich befindet, in die sogenannte Basementmembran eingepflanzt. Dieselbe erscheint von ihnen wie durchlöchert. An diese legen sich die erwähnten nach oben strebenden Ausläufer des subepidermidalen Pigmentnetzes, ja sie treten durch sie in das Innere des Zellleibes der basalen Epidermiszellen ein, so dass Fortsatz der Bindegewebszelle und Basalzelle nun continuirlich durch Protoplasma zusammenhängen. Im Inneren der Basalzelle zeichnet sich jedoch das Ende des Fortsatzes in Form einer kolbigen oder knopfförmigen Anschwellung ab, um die herum sich ein Pigmenthof befindet (siehe Figur 3). Unter Umständen sieht man auch zwei solche Fortsätze in eine Basalzelle eindringen. Nicht immer jedoch ist das letztere der Fall, namentlich bei Zellen, die mit ihrem oberen breiteren Ende etwas über die Basalschicht emporragen und mit ihrem unteren schmalen Ende zwischen 2 Basalzellen eingeklemmt sind, sieht man den Fortsatz des Bindegewebszellennetzes ohne deutliche Grenze in den Zellleib der Basalzelle übergehen. Der Fortsatz des Bindegewebszellennetzes entspringt mit einer breiten Basis pyramidenförmig, verschmächtigt sich ziemlich rasch, indem er durch die Basalmembran tritt. Längs des ganzen Verlaufes kann man im Inneren desselben Pigmentkörnchen antreffen, an manchen Stellen ist die breite Basis des Fortsatzes pigmentfrei und erscheint deutlich mit Gold purpurroth gefärbt, während im schmächtigen Theile des Fortsatzes selbst und an seinen im Zellkörper der Basalzelle liegenden Ende reichlich Pigment abgelagert ist. Da wir nun namentlich durch die bekannte Arbeit von Brücke[1]) vom Chamäleon wissen, dass die aufstrebenden Ausläufer der beweglichen Pigmentzellen sich bis an die Epidermis hinauf strecken können, da ferner Wittich gezeigt hat, dass dasselbe an den nackten Amphibien geschieht, so ist es höchst wahrscheinlich, dass sich diese mit den nach Stricker ebenfalls activ beweglichen Basalzellen in Verbindung setzen, und dass auf den so entstandenen Brücken der Farbstoff aus dem Chorion in die Epidermis wandert. Wir haben ja oben diese Brücken anatomisch zweifellos dargestellt. Wir haben auch gezeigt, dass Pigment in ihnen liegt und dass eine Vertheilung in denselben ganz unge-

[1]) Sitzungsbericht der kais. Akad. der Wissensch. 1859.



zwungen sich auf eine Pigmentwanderung in ihnen zurückführen lässt. An der Haut des Laubfrosches habe ich unter dem Mikroskope direct beobachtet, dass Farbstoffkörnchen von Bindegewebszelle zu Bindegewebszelle wandern, ferner constatirt, dass dasselbe beim Farbenwechsel stattfindet, es kann daher keinem Zweifel unterliegen, dass dasselbe auch in jenen Fortsätzen derselben Zellen geschieht, die sich activ in die Epidermis hineinstrecken. Durch diese Fortsätze wird an den Stellen der ersten Stufe der Pigmentwanderung, wo also der Uebertritt des Pigmentes aus dem Chorion in die Epidermis eben erst stattgefunden hat, ein innigerer Zusammenhang zwischen Chorion und Epidermis hergestellt.

Selbstverständlich ist die Verbindung eine temporäre, wir finden dem entsprechend auch beim Frosche an jenen Stellen, wo die Epidermis ganz pigmentfrei ist, und nur in den Chorionzellen frisch gebildetes Pigment sich findet, wo also der Process der Pigmentwanderung durch Abstossung der letzten pigmenthaltigen Epidermiszellen seinen vorläufigen Abschluss gefunden hat, dass die Ausläufer der Basalzellen kurz und abgerundet sind, und dass keine Verbindung zwischen Epidermis und Chorion besteht, ein Umstand, der auch wieder die Richtigkeit der obigen Behauptung beweist. Canini[1]) hat unter Gaule's Leitung im Froschlarvenschwanze Fäden gefunden, die aus dem Chorion in das Innere des Zellleibes der Basalzellen der jungen Epidermis eindrangen, und hier in Gebilden endigten, welche bereits früher von Ebert und Hensen, von Letzterem als Nervenendigungen beschrieben, von Leydig als Analoga der Nesselkapseln wirbelloser Thiere gehalten und Byssuszellen genannt wurden. Canini fand ferner, dass diese seine Fasern unter der Basalmembran in Form von kurzen Gabeln enden; er glaubte dieselben Gebilde gesehen zu haben, die Pfitzner als intracelluläre Nervenendigungen beschrieben hat. Gaule, welcher die Arbeit von Canini fortsetzte, fand, dass diese gabeligen Fasern im Chorion in ein Netz, in welchem deutlich verzweigte Zellen des Gallertgewebes eingewoben sind, wie Säulen in die Rippen eines Gewölbes übergehen.

[1]) Du Bois-Reymond's Arch. 1883.

(Fortsetzung folgt im nächsten Hefte.)

Erklärung der Abbildungen

auf autolithographischem Wege hergestellt von Cand. med. C. Henning.

Fig. 1. Durchschnitt durch die Epidermis und durch die oberen Partien des Chorions des Frosches während der ersten Stufe der Pigmentinfiltration. Das Pigment ist in Form eines Kegelstutzes in die Epidermis abgelagert. Unter dem Kegelstumpfe ist das subepidermidale Bindegewebs-Zellennetz pigmentlos, an den Randpartien ist die Epidermis in der zweiten Stufe der Pigmentinfiltration. Hier finden sich auch die verzweigten Zellkörper der Epidermis. Färbung mit Boraxcarmin u. Salzsäure. Vergrösserung Hartnack Obj. 8. Oc. 3.

Fig. 2. Durchschnitt durch ein Stück der Rückenhaut des Frosches. Man sieht die pigmentlose, gegitterte Mittelschicht und die beiden Grenzschichten. In der oberen Grenzschicht das mit Berlinerblau-Leimmasse injicirte Capillarnetz, mit dem Netze der Bindegewebszellen. Die Epidermis befindet sich in der zweiten Stufe der Pigmentinfiltration. Färbung wie in Fig. 1. Vergrösserung Hartnack Obj. 5. Oc. 4.

Fig. 3. Durchschnitt durch die Epidermis und die obere Grenzschicht des Chorions bei Salamandra maculata. Goldchlorid-Essigsäure-Präparat. Man sieht die Verbindung zwischen dem subepithelialen Pigmentzellennetze und den Basalzellen der Epidermis. An einer der mittleren Basalzellen zeichnet sich das intracellulare Ende der Protoplasmabrücken in Form einer kolbenförmigen Anschwellung ab, um welche ein halbmondförmiger Pigmenthof sich befindet. Vergrösserung Hartnack Immersion 10, controlirt bei Reichert homogene Immersion $^1/_{20}$, Abbe'sche Beleuchtung.

Fig. 4. Flachschnitt durch die pigmentlose Mittelschicht der Froschhaut. Goldchlorid-Essigsäure-Präparat. Man sieht das Netz der pigmentlosen Bindegewebszellen rechts, das basale Nervennetz links. Vergrösserung Hartnack Obj. 8. Oc. 3.

Fig. 5. Durchschnitt durch die Conjunctiva bulbi des Ochsen. Im Bindegewebe sind pigmentirte Zellen. In der Basalschicht des Epithels verzweigte, pigmentbefördernde Zellen, deren Fortsätze bis in die oberen Zelllagen streichen und mit den pigmentirten Zellkuppen zusammenhängen. Härtung in Müller'scher Flüssigkeit und dann in Alkohol. Färbung mit Boraxcarmin. Vergrösserung homogene Immersion von Reichert $^1/_{20}$.

Fig. 6 und 7. Untere Epidermislagen und obere Chorionschicht vom Menschen. Aus der Hautdecke des Oberarmes eines brunetten Individuums in vivo excidirt. Härtung in chromsaurem Kali und dann in Alkohol.

In Fig. 6 und 7 schiebt eine Bindegewebszelle ihre pigmentirten Fortsätze in die Basalschicht. In Fig. 7 zwei pigmentbefördernde Zellen,



von denen die links gelegene in einer Nische der Basalzelle liegt, die andere aus der Nische herausgehoben, nur schwach pigmentirt ist und durch einen pigmentirten Fortsatz mit einer pigmentirten Basalzelle zusammenhängt. Vergrösserung Reichert homogene Immersion $^1/_{20}$, Abbe'sche Beleuchtung.

Fig. 8 und 9. Schwarz pigmentirte Haare in einer normalen Kopfhaut. In Fig. 8 oberflächliche Einstellung auf die Papillenmatrixgrenze. Man sieht die Ausläufer um die Papille ein Netz bilden. Fig. 9 stellt ein in Essigsäure aufgequollenes und mit Boraxcarmin gefärbtes Haar dar. Man sieht, dass die pigmentbefördernden Zellen der Matrix sich mit derselben von der Papille abgehoben haben.

Fig. 10 und 11. Weisse Haare von Canities praematura. In Fig. 10 ein solches mit Essigsäure behandelt. Vollständiger Mangel der Pigment übertragenden Zellen in der Matrix. Sämmtliche Präparate vom Haare sind mit Boraxcarmin gefärbt. Vergrösserung Hartnack Obj. 8. Oc. 3, controlirt bei Wasser-Immersion 10.



Fig. 1.

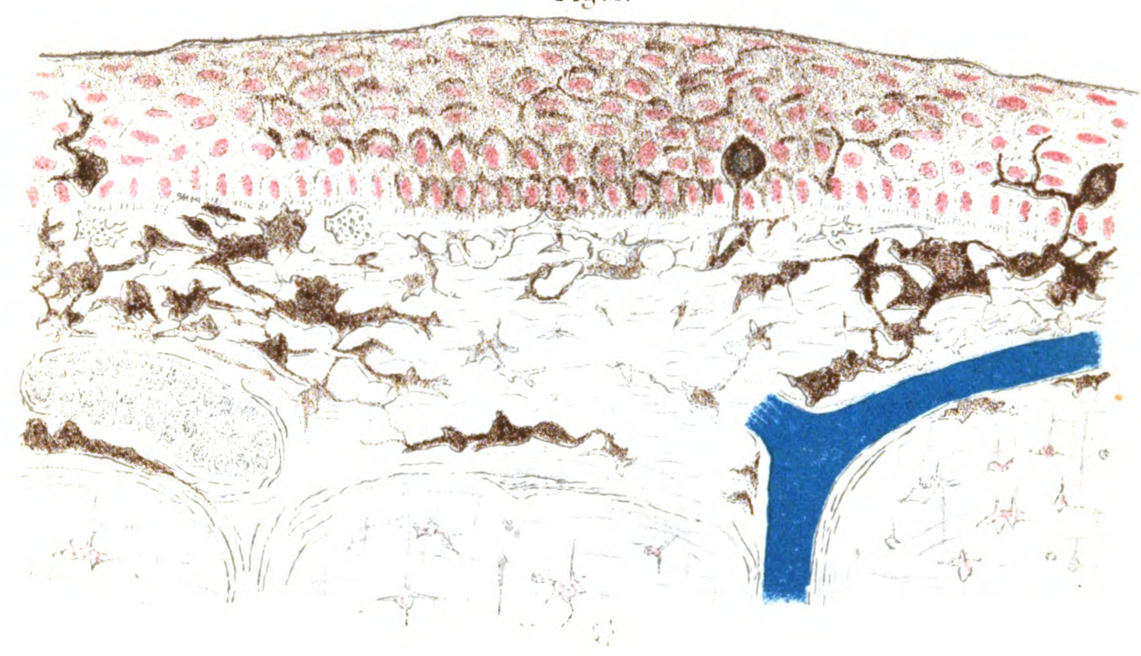
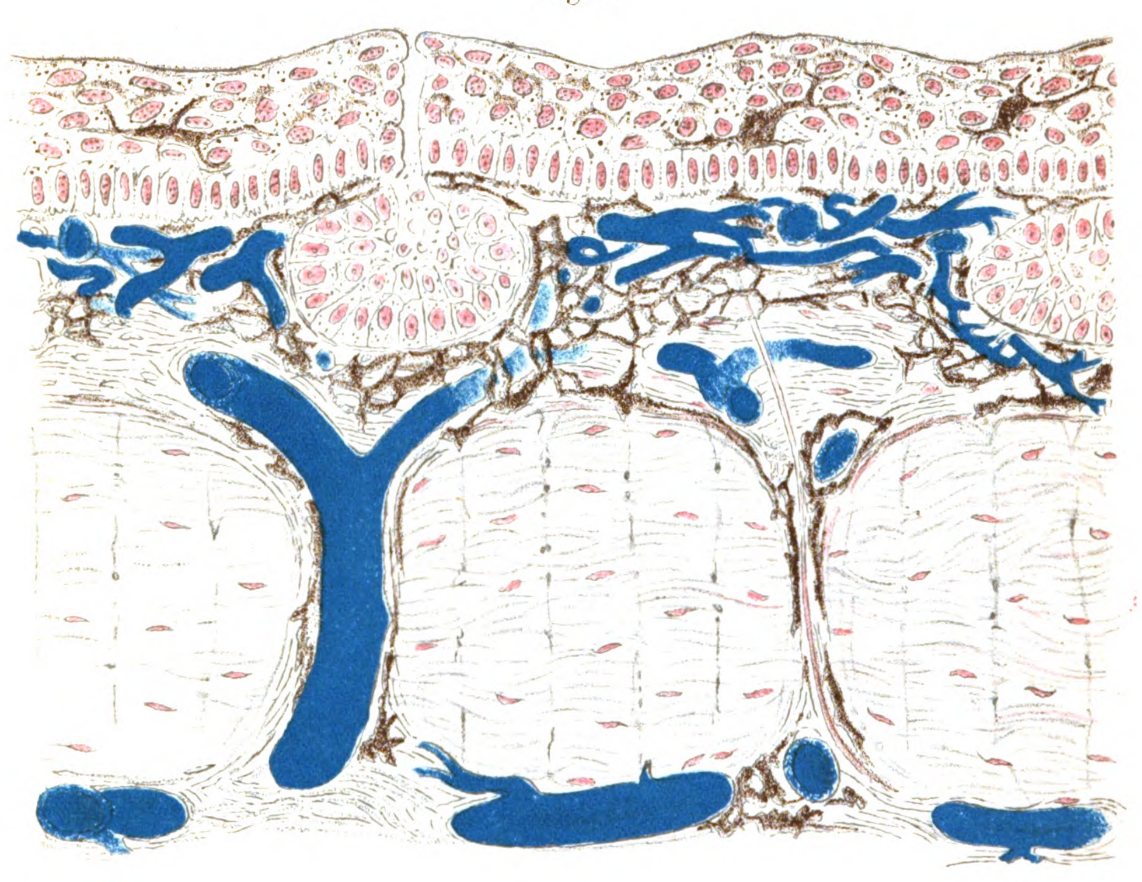


Fig. 2.



Ehrmann: Phys. u. Path. d. Hautpigm.

Zur Casuistik des Lichen ruber planus der äusseren Haut und der Schleimhäute.

Von

Dr. Med. A. J. Pospelow,

Hauptarzte des Mjasnitzki'schen Krankenhauses und Privatdocenten der kaiserl. Universität zu Moskau.

Der Lichen planus, der nach dem System von Auspitz[1]) zu den paratypischen Keratosen gehört und eine Abart des Lichen ruber ist, stellt eine ziemlich selten vorkommende Hautkrankheit dar, die nach Wilson[2]) in England oft beobachtet wird, in Amerika aber selten vorkommt. Letzteres kann ich auch von Russland sagen, wo der Lichen planus eine ziemlich seltene Hautkrankheit ist, und noch seltener gleichzeitig auf Haut und Schleimhäuten vorkommt. Der von mir im Jahre 1881 veröffentlichte Fall eines solchen Leidens ist, soviel ich weiss, noch bisher der einzige in der russischen Literatur. Jedoch trotz der relativen Seltenheit dieser Hautkrankheit hatte ich Gelegenheit, in Moskau in den letzten vier Jahren noch zwanzig Fälle von Lichen planus zu beobachten; in fünf von diesen Fällen, die ich jetzt veröffentlichen will, wurden die Efflorescenzen des Lichen planus gleichzeitig an der äusseren Haut und an der Schleimhaut der Mundhöhle beobachtet.

---

[1]) Auspitz: Allgemeine Nosologie der Haut in Ziemssen, Handbuch der Hautkrankheiten. Erste Hälfte. 1883. pag. 202. Vgl. dess. System der Hautkrankheiten. 1881. pag. 299.

[2]) Journal of cutaneous medicine. 1869. T. III. Nr. 10 pag. 120 etc. Ibid. Duhring, Die Krankheiten der Haut, russische Uebersetzung unter Redaction von Prof. Poletebnoff und Dr. Bruew, 1884. pag. 211.

Der Lichen planus der äusseren Haut und der Schleimhäute ist zuerst von englischen Aerzten beobachtet worden: **Wilson**[1]) war der erste, der dieser Krankheit die Benennung gab, die sie noch bisher beibehalten hat, und zehn Jahre später ist sie von **J. Hutchinson** beobachtet worden.

Wilson, der über 50 Fälle dieser Krankheit zur Beobachtung bekam, erwähnt jedoch nur drei Fälle, wo der Lichen planus gleichzeitig an der Haut und an der Mundschleimhaut sich localisirt hatte; in zwei Fällen wurde der Lichen planus bei Frauen nur an der Zunge beobachtet, und bei der dritten Kranken wie an der Zunge so auch an anderen Theilen der Mundschleimhaut. In seinen Vorlesungen über Dermatologie erwähnt **Wilson**[2]) bei Besprechung der Localisation des Lichen planus gar nicht die Affection der Mundschleimhaut. Nur in der sechsten Auflage seines Cursus der Dermatologie führt **Wilson**[3]) einen Fall von Lichen planus der Mundschleimhaut an. Dieser Fall ist, wie Dr. G. **Thibierg**[4]) glaubt, derselbe, den **Wilson** schon früher in den Beobachtungen unter Nr. XXII beschrieben hatte.

J. Hutchinson[5]) hat zwei Fälle von Lichen planus bei einer Frau und einem Manne auf der Zungenschleimhaut beobachtet und einen Fall bei einer 51 Jahre alten Frau auch auf der Zunge; der letzte Fall ist übrigens, da eine genaue Beschreibung fehlt und auf der Zunge sich Rhagaden fanden, von wenig überzeugender Natur.

Im Jahre 1881 habe ich den Fall von Lichen ruber planus der Haut und der Mundschleimhaut veröffentlicht[6]), den ich bei einem 23 Jahre alten stud. philol. beobachtete, und den ich die Ehre hatte am 20. April 1881 in der physikalisch-medicinischen Gesellschaft zu Moskau zu demonstriren.

---

[1]) **Duhring.** l. c. pag. 211.

[2]) **E. Wilson.** Lectures on Dermatologie 1874/75. pag. 4.

[3]) **E. Wilson.** On diseases of the skin. 6. edition. 1876. pag. 192.

[4]) Annales de dermat. et de syph. 1885. pag. 66.

[5]) Lectures on clinical surgery. London 1879. T. I. pag. 211. 222. 224, 225.

[6]) Medicinische Rundschau (russisch). 1881 Juli. pag. 895. Desgl. St. Petersburger med. Wochenschrift Nr. 44. pag. 375—377.

Im nämlichen Jahre demonstrirte Prof. Neumann[1]) in der Gesellschaft der Wiener Aerzte am 6. Mai einen Kranken mit Lichen planus der Haut und Mundschleimhaut, wo die Efflorescenzen an der Schleimhaut der Unterlippe, der Zunge und Wangen zu beobachten waren; die Lichenknötchen sassen bald vereinzelt, bald zu Gruppen vereinigt.

Prof. Kaposi[2]) sagt, den Fall von Neumann anführend, er habe schon früher gleichfalls einen Fall beobachtet, wo die Efflorescenzen von Lichen planus, die sich gruppenweise am Abdomen, den beiden Handflächen in Form von Knötchen vorfanden, auch an der Schleimhaut der Wangen und der Zunge, wo das Epithel getrübt und verdickt erschien, vorhanden waren.

Im Jahre 1882 stellte R. Crocker[3]) am 27. März der medicinischen Gesellschaft zu London einen 59 Jahre alten Kranken vor, bei dem die Licheneflorescenzen wie an der Haut, so auch an der Zungenschleimhaut zu beobachten waren, und an letzterer Stelle die Lichenknötchen sich in Form von symmetrisch angeordneten weisslichen Plaques darstellten, an der Wangenschleimhaut aber das Exanthem strahlenförmig angeordnet war und von dem letzten Backenzahne bis dicht an den Mundwinkel reichte.

Im nämlichen Jahre hat Crocker in seiner Arbeit: „On affections of the mucous membranes in Lichen ruber vel planus“, die er in englischer Sprache in den „Monatsheften für praktische Dermatologie[4]) 1882“ veröffentlichte, noch zwei Fälle von Localisation des Lichen an der Mundschleimhaut angeführt, wobei in einem Falle die Lichenknötchen der Schleimhaut den Efflorescenzen an der Haut vorangingen. Im ersten Falle, der einen zwanzigjährigen Studenten betraf, waren die Efflorescenzen an der inneren Fläche der Wangen und an der unteren Fläche der Zunge localisirt, in dem anderen, bei einem 45jährigen Manne, befanden sich die Lichenknötchen am Zungenrücken. Ausserdem konnte Crocker in dem einen Falle, einem charakteristischen Lichen an den Schleimhäuten, die Diagnose auf Lichen stellen zu einer Zeit, wo derselbe an der Haut noch nicht vorhanden war.

[1]) Allgem. Wien. med. Zeitung 1881. Nr. 19. pag. 205.

[2]) Real-Encyklopädie, v. A. Eulenburg. 1881. Bd. 8. pag. 294.

[3]) The Lancet. 8. Apr. 1882. pag. 567, 568.

[4]) l. c. Nr. 6. pag. 161, 162.



Im Jahre 1884 wurde von Prof. Köbner[1]) ein Fall von Lichen planus der äusseren Haut und Mundhöhlenschleimhaut bei einer 60 Jahre alten Frau, die drei Jahre vor dem an Syphilis gelitten hatte, beobachtet und in der Berliner medic. Gesellschaft demonstrirt.

Die Affection war folgende: An beiden Seiten der vorderen Hälfte des Zungenrückens viele mattweisse, unregelmässige, theils polygonale, theils zu ovalen oder rundlichen Figuren confluirte, meist atrophische Flecken. Nur an wenigen erkennt man noch kleinste, meistens zu mehreren, beziehungsweise zu Halbkreisen zusammengedrückte Knötchen. An der Schleimhaut der rechten Wange, sowie am Lippenroth der Unterlippe ähnliche weissliche, wie ein Stickwerk zusammenhängende Bildungen.

Dr. Stephen Mackenzie[2]) hat in der Harvey'schen Gesellschaft einen Fall von Lichen planus bei einer Frau mitgetheilt, wo das Exanthem in der Mitte des Rückens und des Bauches in Form eines Gürtels zu beobachten war und an Herpes Zoster, mit dem es anfangs verwechselt wurde, erinnerte: später als das Exanthem allgemein und das Jucken heftiger wurde, traten an der Schleimhaut der Wangen weissliche Plaques auf.

Dr. Weyl[3]) erwähnt in dem Abschnitt „Lichen ruber planus" des Ziemssen'schen Werkes nur, dass der Lichen planus von Wilson auch an der Mundschleimhaut beobachtet worden war.

In einer neulich veröffentlichten Arbeit: „Zur Klinik und Therapie des Lichen ruber" sagt Dr. Unna[4]), dass in den sieben von ihm beobachteten Fällen von Lichen planus, er niemals eine Affection der Mundschleimhaut beobachtet habe (pag. 476), während er eine solche Affection der Mundschleimhaut noch im Jahre 1882 beschrieben hat.

---

[1]) Deutsche medicin. Wochenschrift. 1884. 3. Juli. Nr. 27. pag. 431. Ibid. Berlin. kl. W. 1884. Nr. 33. Ref. im Vierteljahr. f. Derm. u. Syph. 1884. Heft 3 und 4. pag. 518.

[2]) Journal of cutaneous and vener. diseases. V. III. 1885. Nr. 4. pag. 122.

[3]) Weyl. Anomalien der Epidermis. II. Theil. Ziemssen, Handbuch der Hautkrankheiten. Erster Halbband. 1883. pag. 520.

[4]) Unna. St. Petersburg. medicin. Wochenschrift. 1884. Nr. 45—50.

In seinem neulich erschienenen Werke erwähnt Dr. E. Lesser[1]), dass der Lichen planus, gleich dem Lichen ruber, wie an der Haut so auch an den Schleimhäuten auftreten kann.

In der französischen Literatur, wenn man von der Dissertation des Dr. Lavergne, der nur von der Möglichkeit eines Auftretens von Lichen planus auch an den Schleimhäuten spricht, absieht, wurde bis zu diesem Jahre kein einziger Fall veröffentlicht. Nur im laufenden Jahre hat Dr. Thibierg[2]) in seiner Arbeit: „Des lésions de la muqueuse buccale dans „lichen planus" — zuerst drei Fälle einer solchen Affection der Mundschleimhaut veröffentlicht. — Der erste von ihm beschriebene Fall der Mundschleimhautaffection bei Lichen planus betraf einen 26 Jahre alten Externarzt eines Pariser Hospitals, bei dem der Lichen planus ausser der äusseren Haut sich auch an der Schleimhaut des Gaumenbogens, der Zunge und der Wangen localisirt hatte. Der zweite Fall wurde vom Verfasser bei einem 25jährigen Dachdecker beobachtet, der sich in der Klinik von Prof. Fournier befand. In diesem Falle wurde der Lichen planus an der Schleimhaut der Unterlippe, an der inneren Fläche der Wangen und des Zahnfleisches, sowie an der unteren Fläche der Zunge constatirt. Im dritten Falle (Poliklinik von Dr. Besnier), bei einer Frau von 35 Jahren, wurde der Lichen planus, in leichter Form, an der Zunge und an der Innenfläche der Wangen beobachtet.

Während der letzten vier Jahre, nach dem ersten von mir veröffentlichten Falle von Lichen ruber planus, hatte ich Gelegenheit noch 20 Fälle dieser Krankheit zu beobachten, und in fünf von ihnen hatte ich das Exanthem wie an der äusseren Haut, so auch an der Mundhöhlenscheimhaut localisirt.

I. Fall[3]). Die Kranke P. Tsch—wa, 30 Jahre alt, unverheirathet, Wäscherin, trat am 19. Februar d. J. in das von mir dirigirte Mjasnitzki'sche Krankenhaus mit der Diagnose Lichen ruber planus ein.

---

[1]) Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Erster Theil. 1885. pag. 38.

[2]) Annales de dermat. et de syph. 1885. Nr. 2. Février. pag. 65—76.

[3]) Diesen Fall habe ich der physikalisch-medicinischen Gesellschaft zu Moskau am 20. Mai 1885 vorgestellt.



Anamnese: Die Kranke ist seit ihrem 12. Lebensjahre als Wäscherin beschäftigt, erfreute sich stets nur einer mittelmässigen Gesundheit und war immer schwächlich; als Kind hatte sie Variola gehabt, und in Folge derselben das linke Auge verloren (phthisis bulbi oc. sin.) — Vor einem Jahre war sie zum ersten Male an Syphilis erkrankt und trat am 18. Juni in unser Krankenhaus mit einem exquisiten lenticulären papulösen Syphilid ein, das besonders an den unteren Extremitäten reichlich vorhanden war. Nach einer Inunctionscur von 60 Einreibungen (zu 2·0 Gramm) der grauen Quecksilbersalbe verschwand die Syphilis vollständig und liess nur eine Pigmentirung zurück. Beim Austritt aus dem Krankenhause wurde die Kranke auf die Möglichkeit einer Recidive der Syphilis und auf die Unumgänglichkeit einer neuen Behandlung aufmerksam gemacht.

Nach dem Austritt aus dem Krankenhause ging die Kranke wieder an ihr Handwerk und wusch Wäsche von 6 Uhr Morgens fast ohne Unterbrechung (wenn man das Mittagessen nicht rechnet) bis 10 Uhr Abends. Einige Monate darauf stellten sich bei ihr Kopfschmerzen im ganzen Kopfe ein, die Nachts und an Ruhetagen verschwanden, am Tage aber wieder erschienen und umso stärker wurden, je schwerer die Arbeit war. Es wurden während dieser Zeit von der Kranken weder besonders schmerzhafte Stellen, noch Geschwülste an den Schädelknochen beobachtet. Mit dem Auftreten der Kopfschmerzen verlor die Kranke ihren Appetit, ihre Kräfte nahmen merklich ab, der Schlaf wurde schlecht und wurde zudem durch das Auftreten von starken schmerzhaften Krämpfen in den Wadenmuskeln beider Füsse und in den Flexoren der rechten Hand unterbrochen. Es bedurfte ungefähr eine halbe Stunde, um die Krämpfe nach dem Erwachen zum Schwinden zu bringen, aber sobald die Kranke wieder einschlief traten sie von neuem auf, und auf solche Weise wurde die Kranke beinahe gänzlich des Schlafes beraubt. Bedeutend von Kräften gekommen, bemerkte sie, dass bei ihr am Kreuze, an Füssen und Händen ein heftig juckender, trockener Ausschlag aufzutreten begann, der den Zustand der Patientin noch verschlimmerte; ausser Stand gesetzt zu arbeiten, trat die Kranke am 19. Februar d. J. in unser Krankenhaus ein mit der Diagnose Lichen ruber

planus und befand sich anfangs unter der Beobachtung von Dr. Kolomensky und später von Dr. Krasnoglasow.

Bei der genauen Untersuchung dieser Kranken, die ich am 10. März vornahm, da ich sie meinen Zuhörern, den Studenten der Medicin, vorstellen wollte, stellte ich folgenden Status präsens fest: Die Kranke, eine Wäscherin, 30 Jahre alt, nicht hoch von Wuchs, unverheirathet, mit blasser, welker Haut, die am Gesichte nicht den Jahren entsprechend runzelig erscheint, Variolanarben zeigt und stellenweise an der Stirn und an den Schläfen mehr pigmentirt als normal ist. Das linke Auge zeigt eine Phthisis bulbi.

An der Haut des Stammes, namentlich am Kreuze, an den oberen und unteren Extremitäten sind Efflorescenzen von Lichen planus in ihren verschiedenen Entwicklungsstadien zerstreut. Die Lichenknötchen sind von verschiedener Grösse, und zwar von der eines kaum sichtbaren Sandkornes bis zu der einer Linse und eines Pfennigstückes, von blass-rosa Färbung, die stellenweise sogar milchig-violett erscheint, von regelmässig runder Begrenzung und von typisch polirtem Glanze. Einige von den Knötchen zeigen im Centrum eine dellenartige Depression und sind von einem fest anhaftenden weisslichen Schüppchen bedeckt, andere — älteren Ursprungs — haben eine beträchtlichere Grösse, sind im Centrum atrophirt und in der Peripherie etwas wallartig erhoben, wodurch die Efflorescenzen ein tellerförmiges Aussehen erhalten. Der centrale Theil dieser tellerförmigen Efflorescenzen liegt entweder im Niveau der normalen Haut oder, wie an der linken Gesässhälfte, unter demselben und stellt eine deutliche Atrophie des Corium dar. In der Peripherie einiger dieser im Centrum athrophirten Scheiben fällt es nicht schwer neue mohnkorngrosse Knötchen wahrzunehmen, die im Centrum ein kleines Schüppchen zeigen, wodurch die Efflorescenzen das Aussehen von Caméen oder Brochen, (perlenkranz-umsäumte Broche Hebra's) erhalten.

Stellenweise jedoch kann man bei der Kranken statt der Knötchen linsengrosse, unregelmässig rundliche oder polygonale Blättchen von milchig-violetter Färbung unterscheiden, in der Dicke deren bald nur peripher gelegene, bald unregelmässig unter einander sich verflechtende perlmutterähnliche Streifen durch-

schimmern, die besonders scharf hervortreten, wenn man die Plättchen circa 24 Stunden unter einer compresse échauffante lässt, wodurch dieselben eine bedeutende Aehnlichkeit mit den perlmutterähnlichen Ringen und Streifen des Lichen, wie sie an der Mundhöhlenschleimhaut bei denselben Kranken beobachtet werden, erhalten.

Trotz der Meinung einiger Autoren, die sich für das periphere Wachsthum der Plättchen durch das Hinzutreten von neuen Knötchen ausgesprochen haben, stimme ich Unna bei und kann entschieden behaupten, dass das Wachsthum solcher Scheiben (die ich notirte und einige Wochen beobachtete) auch selbstständig ohne Confluenz der einzelnen Knötchen vor sich geht; dieselben vergrössern sich allem Anschein nach, in Folge einer Verbreitung des Exsudationsprocesses, ohne jegliche Bildung neuer Knötchen. An manchen Scheiben war eine sie bedeckende Schuppe zu bemerken, die ziemlich durchsichtig war und an eine Marienglaslamelle erinnerte, an anderen — fehlte eine solche ganz.

Ausser den eben beschriebenen Veränderungen der Haut, die deutlich das typische Bild des Lichen planus (Wilson's) charakterisiren, finden sich bei unserer Kranken Efflorescenzen der nämlichen Natur auch an der Mundschleimhaut.

Bei Besichtigung der Schleimhaut der Mundhöhle unserer Kranken ist leicht zu bemerken, dass an der Unterlippe, am rothen Saume derselben ein perlmuttergrauer, flacher Ring sich vorfindet, der bei der Kranken schon im Krankenhause erschienen war und beinahe einen Monat existirt. An der Schleimhaut der linken Wange, dem vierten Backenzahne des Unterkiefers entsprechend, sieht man einen horizontalen, zum Theil zickzackförmigen Streifen von unregelmässiger Begrenzung, perlmutternem Aussehen, circa 1 Centimeter lang, der, wie eine genauere Besichtigung zeigt, aus einer Reihe verschieden grosser, weisslicher, die Oberfläche der Schleimhaut kaum überragender Knötchen besteht. Zu beiden Seiten dieses horizontalen Streifens fällt es nicht schwer einige isolirte, dasselbe Aussehen darbietende, hirsekorngrosse und kleinere Knötchen zu bemerken. Etwas nach aussen und oben von diesem Streifen zieht sich ein eben solcher fadenförmiger Streifen hin, der einen mit seiner Convexität nach aussen gekehrten Bogen bildet. Eine den nämlichen Charakter tragende, horizontal ver-



laufende Linie von der Form des Buchstaben S ist an einer Stelle der Schleimhaut der rechten Wange zu bemerken: dieselbe besteht gleichfalls aus verschieden grossen, flachen Knötchen, von denen zwei deutlich kleine Ringe darstellen. Ein feiner Streifen von perlmutternem Aussehen und derselben Beschaffenheit befindet sich bei der Kranken an der inneren Fläche der Oberlippe, dem rechten Eckzahne des Oberkiefers entsprechend; indem sich diese Linie umbiegt, geht sie von der Lippe auf den Alveolarrand des Zahnfleisches über, macht hier wieder eine Biegung und bildet auf diese Weise einen Ring von einem halben Centimeter Durchmesser, wobei ein Theil des Ringes dem Zahnfleische, der andere der Lippe angehört.

Die Zunge, der weiche und harte Gaumen, wie auch der Pharynx zeigen gar keine Efflorescenzen. Das Exanthem an der Mundschleimhaut ruft bei der Kranken keine subjectiven Empfindungen hervor, wogegen an der Haut das Exanthem heftig juckt. Es genügt jedoch auf die juckende Stelle der Haut eine compresse échauffante zu legen und das Jucken wird beseitigt; wenn die Compresse abgenommen und die Haut wieder genügend trocken wird, stellt sich das Jucken von Neuem ein. Die Haare und Nägel der Kranken sind normal. Die übrigen dem Auge zugänglichen Schleimhäute zeigen nichts Abnormes.

Digestionsapparat: Appetit beim Eintritt der Kranken ins Spital schlecht, besserte sich aber etwas nach Gebrauch von Solut. arsenicalis Fowleri; Stuhlgang träge, zeitweise Obstructio alvi; leichter Grad von Meteorismus. Leber normal. Uro-genital-Sphäre: Harn qualitativ und quantitativ normal, wird regelmässig entleert; Menstruation erscheint zur Zeit, aber die Menses sind zwei Monate vor Eintritt ins Spital sparsamer geworden. Der Uterus zeigt keine Abweichungen. Respirationsorgane normal. Organe der Blutcirculation: Herztöne rein, obgleich etwas schwach; in der Vena jugularis ist beiderseits ein summendes Geräusch zu hören. Puls 86 in der Minute. Milz normal; die Lymphdrüsen der Inguinal- und Halsgegend sind in Folge der früheren Syphilis mittelmässig vergrössert, in der Ellbogengegend lassen sie sich nicht durchfühlen. Das Unterhautzellgewebe und die Muskeln, namentlich der Unterschenkel, sind bedeutend abgemagert. Im Nervensystem lassen sich eine



ganze Reihe krankhafter Veränderungen feststellen: ausser dem heftigen Hautjucken an den Stellen, wo Licheneruptionen vorhanden sind und den am Tage auftretenden Kopfschmerzen, stellen sich bei der Kranken Nachts Krämpfe der beiden M. gastrocnemii und der Flexoren des rechten Vorderarmes ein; die Krämpfe sind äusserst schmerzhaft und stören den Schlaf der Kranken; in der ganzen Gegend der Wirbelsäule, besonders dem plexus sacralis entsprechend, sind bei der Kranken fast immer bedeutende Schmerzen vorhanden, die sich jedoch beim Zusammendrücken der Haut zwischen den Fingern und bei starkem Druck auf die Wirbel nicht verstärken; bei Druck aber auf den plexus lumbalis fühlt die Kranke einen Schmerz, der übrigens ziemlich dumpf ist. An Stelle der Schmerzen im Rücken tritt zeitweise ein Brennen auf. Die Sehnenreflexe, namentlich diejenigen des Knies, sind beträchtlich erhöht. Das Sehvermögen in dem erhaltenen rechten Auge ist vollkommen normal. Anästhesien sind nirgends vorhanden; alle Arten der Sensibilität sind erhalten: Schlaf schlecht; psychische Depression. Das Knochensystem ist vollkommen normal.

Diagnose. Das typische Bild der Knötchen des Lichen ruber planus, und zwar: ihre andauernde Standhaftigkeit, die verschiedene Färbung von blassrosa bis roth-violett, ihre polirte Oberfläche, die leichte dellenförmige Depression, die stellenweise centrale Atrophie der Haut, die Caméenbildung, das Fehlen von Polymorphismus, die grosse Aehnlichkeit der macerirten Scheiben und Caméen der Haut mit den Efflorescenzen der Schleimhaut zeigt deutlich, dass wir es mit Lichen planus (Wilsoni) der Haut und Mundschleimhaut zu thun hatten.

Was die Differential-Diagnose betrifft, so ist kaum zu bemerken, dass ein solches Leiden schwer mit einfachen Exanthemen, wie Psoriasis punctata, Eczema papulatum, Prurigo, Lichen ruber acuminatus, Lichen scrofulosum, Lichen urticatus etc. zu verwechseln ist. Dagegen nach der Meinung vieler Autoren ist der Lichen planus leicht mit dem papulösen Syphilid zu verwechseln, namentlich wenn der Lichen sich auch an der Schleimhaut der Mundhöhle localisirt; solche Fehler sind gewiss möglich, besonders wenn man die relative Seltenheit dieser Hautkrankheit (Lichen) ins Auge fasst, und es ist wohl anzunehmen, dass bisweilen Kranke mit Lichen planus für Syphilitiker



gehalten werden. Es unterliegt keinem Zweifel, dass, wenn man das charakteristische Bild des Lichen planus oft gesehen und es sich gemerkt hat, dieses Leiden mindestens schwer mit dem papulösen Syphilid zu verwechseln ist, von den anderen Syphiliden schon ganz abgesehen. Jedoch in Erwägung dessen, dass unsere Kranke schon früher Syphiliserscheinungen des condylomatösen Stadiums gehabt hatte, halte ich es für dieses Mal nicht für überflüssig das Exanthem bei unserer Kranken auch von den Syphiliden zu differentiiren.

Eins der wesentlichen Symptome, die nach meiner Beobachtung, die Lichenefflorescenzen im Gegensatze zum papulösen Syphilid kennzeichnen können, ist das Auftreten auf den Lichenplättchen perlmutterähnlicher Ringe und Streifen, die scharf hervortreten in Folge der Maceration durch eine mindestens einen Tag lang angewandte compresse échauffante. Bei ebenso lang andauernder Maceration des papulösen Syphilids[1]) lässt sich nichts Aehnliches erhalten; an den Papeln des lenticulären Syphilids erhält man entweder eine kaum bemerkbare weissliche Quellung der centralen Schuppe der Papel oder bei längerer Maceration wird die ganze Papel weiss. Ein anderes wichtiges kennzeichnendes Symptom der Syphiliden ist, wie bekannt, ihr Polymorphismus; und diese Eigenthümlichkeit der Syphiliden fehlt eben bei unserer Kranken; ausser den beschriebenen im Centrum dellenförmig vertieften Knötchen, den mit kaum bemerkbarer Schuppe versehenen Scheiben und den atrophischen Hautstellen, sehen wir bei unserer Kranken weder beträchtliche Schuppen, noch Bläschen, noch Pusteln, noch Geschwüre, noch Krusten, ungeachtet eines fast halbjährigen Bestehens des Exanthems. Es ist evident, dass wenn wir unsere Kranke so lange Zeit ohne antisyphilitische Behandlung gelassen, bei ihr andere Derivata aufgetreten wären, und die monatelang unter der rechten Mamma sich befindenden Knötchen und Caméen des Lichens sich in nässende Papeln verwandelt hätten. Dasselbe lässt sich auch über die Lichenknötchen an der Mundschleimhaut sagen, wo im Laufe von sechs Monaten wir Gelegenheit gehabt hätten, eine Angina papulosa ulcerosa zu

[1]) Eine solche Kranke mit papulösem Syphilid wurde von mir in derselben Sitzung der physik.-medic. Gesellschaft zu Moskau vorgestellt.



beobachten, die jedoch während der ganzen Zeit des Befindens der Kranken im Spitale nie aufgetreten war. Ich kann nicht umhin noch den Umstand hervorzuheben, dass die perlmutterähnlichen Streifen, wie sie bei Lichen an der Mundschleimhaut beobachtet werden feiner, und, wenn man sich so ausdrücken kann, zierlicher erscheinen, als die Ringe, die durch centrale Resorption der syphilitischen Plaques entstehen. Eins der wichtigen Symptome, wodurch sich die Efflorescenzen des Lichen planus von den syphilitischen Papeln unterscheiden, ist auch die polygonale Form der Scheiben und Knötchen des Lichen, auf die Kaposi[1]) hingewiesen hat und die beim papulösen Syphilid nie beobachtet wird.

Nach den schon angeführten Symptomen, die den Lichen planus bei unserer Kranken im Gegensatze zum papulösen Syphilid charakterisiren, ist es kaum nöthig andere, weniger wichtige Kennzeichen der Syphiliden zu erwähnen, wie die Färbung, Localisation, Lymphdrüsenschwellung u. s. w., noch die Mundschleimhautaffection bei unserer Kranken von Psoriasis buccalis, Plaques des fumeurs etc. zu differentiiren. Obgleich also die Kranke in der Anamnese ein papulöses Syphilid gehabt hatte, ist es jedoch jetzt evident, dass sie an Lichen planus der Haut und Schleimhäute leidet. Diese Diagnose wurde auch durch die Behandlung der Kranken bestätigt: die hartnäckigen Efflorescenzen der Haut und Mundschleimhaut, die von nervösen Störungen begleitet wurden, fingen erst dann zurückzugehen an, als in Folge eines innerlichen Arsengebrauches der Allgemeinzustand der Kranken sich verbessert hatte.

Was die locale Behandlung dieser Kranken betrifft, so wurde ihr gleich beim Eintritt ins Spital die Salbe von Unna, die, wie bekannt, aus Ung. Zinci benzoici 500·0, Acidi carbolici 20·0 und Hydr. subl. corros. 0·5 besteht, verordnet; dieselbe wurde mit einem Borstenpinsel auf die Haut aufgetragen. Die von mir zu wiederholten Malen erprobte Salbe von Dr. Unna hatte eine merkliche Besserung im Zustande der Kranken zur Folge. — Das Jucken wurde bedeutend geringer und beunruhigte die Kranke nicht mehr, das Exanthem jedoch selbst blieb in diesem Falle andauernd und hartnäckig bestehen, wogegen in

[1]) Pathologie u. Therapie der Hautkrankheiten. 2. Aufl. 1882. p. 423.

anderen Fällen bei Gebrauch derselben Salbe das Exanthem bald verschwand. In Erwägung des Darniederliegens der Ernährung der Kranken wurde ihr einen Monat nach dem Eintritt ins Spital ausser der Salbe der Gebrauch von Solutio Kali arsenicosi zu zwei Tropfen zweimal am Tage verordnet und die tägliche Gabe nach je drei Tagen um zwei Tropfen erhöht.

Unter dem Einfluss einer solchen Behandlung stellte sich bei der Kranken Appetit ein, es verschwanden nach fünf Wochen die Kopfschmerzen, ebenso die Krämpfe in den Füssen und der rechten Hand, die Schmerzen im Rücken wurden geringer und verschwanden gänzlich im Plexus lumbalis; die Sehnenreflexe wurden schwächer, das Selbstgefühl verbesserte sich bedeutend, und zugleich gingen allmählich auch die Licheneffloresceuzen an der Haut und Mundschleimhaut zurück.

Was die Aetiologie des gegebenen Falles betrifft, so unterliegt keinem Zweifel, dass die Haut- und Schleimhautaffection bei unserer neuropathischen (Kopfschmerzen, Schmerz im Plexus lumbalis, erhöhte Sehnenreflexe, Krämpfe) Kranken eine Folge der herabgesetzten Ernährung des Nervensystems überhaupt und eventuell des Nervensystems der äusseren Haut und der Schleimhäute war.

In der Literatur finden sich schon einige Beobachtungen, wo der Lichen planus bei unstreitig neuropathischen Leuten aufgetreten war. T. Colcott Fox[1]) schreibt auf Grund seiner Beobachtungen der Entstehung des Lichen ruber direct Störungen des Nervensystems zu. Im Jahre 1880 beschrieb er einen Fall, wo die Knötchen des Lichen planus nach dem Verlauf von Nervenästchen gelegen waren[2]). Einen ähnlichen Fall finden wir in der russischen Literatur, der im Jahre 1881 von Dr. Bechteren[3]) beschrieben wurde. Er führt einen Fall an, wo atrophische Pigmentflecke nach Lichen ruber bei einer neuropathischen 50jährigen Kranken nach dem Verlaufe der N. N. ileo-hypogastrici und der

[1]) Duhring, Hautkrankheiten, russ. Uebers. 1884. pag. 210.

[2]) Brit. medic. Journal. 23. August 1879. Ibid. Br. med. Journal. 13. Mai 1880.

[3]) Beobachtung trophischer Veränderungen der Haut in causalem Zusammenhange mit Störungen des Nervensystems. Klinische Wochenschrift (Eschenedjelnaja klinitscheskaja Gazeta). 1881. Nr. 27 und 28

Hautäste des N. saphenus major, namentlich des N. cutan. femoris intern. und N. surae intern., gelegen waren.

Dr. Stephen Mackenzie[1]) beobachtete bei einer Frau Efflorescenzen von Lichen planus, die dem Verlaufe des N. cutaneus intern. und N. ulnaris folgten. Er führt den Lichen planus auf nervösen Ursprung zurück. Er glaubt übrigens, dass die symmetrischen Eruptionen des Lichen planus und Psoriasis unter dem Einfluss von Störungen des ganzen Nervensystems entstehen oder von einer Diathese abhängen, und dass die Symmetrie der Eruption nur auf eine symmetrische Anordnung der Gewebe, die unter dem Einfluss des Nervensystems stehen, hindeutet. Denselben Umstand hebt auch Dr. Behrend in seinem Lehrbuche[2]) ganz besonders hervor.

Dr. M. Morris[3]) meint, dass der Lichen planus wahrscheinlich eine Neurose ist und nicht von der Zusammensetzung des Blutes abhängt, da er bei Personen mit psychischer Depression auftritt. Er führt einen Fall an, wo bei einer 50jährigen Dame, die plötzlich ihren Mann verloren hatte, einige Tage darauf bei ihrer Ankunft in London, Lichen planus auftrat, der von Reizbarkeit und anderen nervösen Störungen begleitet wurde.

Obgleich jedoch der Lichen planus zuweilen bei unstreitig neuropathischen Individuen beobachtet wird, folgt er nicht immer dem Verlaufe von Nerven und meistentheils ist die Licheneruption nicht symmetrisch angeordnet. Colcott Fox[4]) hat noch im Jahre 1880 Fälle von vollkommen asymmetrischem Lichen planus beschrieben. Nach der Meinung von Duhring[5]) ist der Lichen planus am öftesten unregelmässig angeordnet und er hatte nie Gelegenheit gehabt zu beobachten, dass die Licheneruptionen dem Verlaufe der Nerven gefolgt wären.

---

[1]) Two cases of lichen planus in which the eruption was distributed along the course of nervous system in the Disposition of cutaneous eruption. Journal of cutan. and vener. diseases. V. III. Nr. 4. pag. 122. New-York 1885.

[2]) Lehrbuch der Hautkrankheit. Russisch. Uebersetzung unter Red. von Dr. A. Pospelow. p. 35.

[3]) Ibid. pag. 123.

[4]) Journ. of cut. and vener. d. 1885. pag. 123.

[5]) Ibid. l. c. pag. 210.

Von den 26 von mir beobachteten Fällen des Lichen planus habe ich in keinem derselben eine solche Anordnung des Exanthems gesehen, die (sogar bei neuropathischen Personen) dem Verlaufe der Nerven entsprochen hätte; ich erinnere mich nur eines von mir gesehenen Falles, wo der Lichen bei einer Frau auf der rechten Seite des Kreuzes aufgetreten war zu einer Zeit, als in dieser Gegend, die früher nicht geschmerzt hatte, sich bei der Kranken bedeutende Schmerzen eingestellt hatten. Der Lichen planus hatte bei ihr gerade von dieser Stelle begonnen.[1])

Dagegen hatte ich nicht selten Gelegenheit mich zu überzeugen, dass ganze Streifen von Licheneruptionen leicht an den Stellen auftreten, wo Kratzspuren bestehen, namentlich an den unteren Extremitäten und der Brust. Ich rief diese Eruptionen öfters künstlich hervor, indem ich die Haut mit einer Nadel kratzte, wobei gewöhnlich die Kratzspuren, wie auch in den Experimenten von Köbner[2]) mit Psoriasis, sich mit lichenähnlichen Knötchen bedeckten. Dieser Umstand deutet nach meiner Meinung darauf hin, dass die Haut bei den Kranken, die an Lichen planus leiden, noch vor dem Auftreten des Exanthems erkrankt, und dass das Lichenexanthem nur ein Symptom dieser Krankheit darstellt, gleich den scheibenförmigen Platten an Ellbogen und Knien bei von Psoriasis ergriffenen Kranken, und dass folglich ein solcher Zustand der Haut deutlich beweist, dass der Lichen planus ein allgemeines Leiden und kein locales ist, wie z. B. das Eczem der Hände bei Wäscherinnen, Gewürzhändlern u. s. w.

Die übrigen vier Fälle einer gleichzeitigen Localisation des Lichen planus an der äusseren Haut und den Schleimhäuten, die ich ambulatorisch beobachtete, will ich nur in Kürze beschreiben.

II. Fall. Ein Student der Medicin, vom 3. Curse (5/6 Semester), 23 Jahre alt, hatte sich in einer kalten Wohnung erkältet und erkrankte im October 1884 an Lichen ruber planus, der sich bei ihm an den oberen und unteren Extremitäten und

[1]) Es ist zu bemerken, dass bei dieser Kranken, drei Wochen nach dem ersten Besuche bei mir, nach neu aufgetretenem acuten Schmerze im Gebiete des Lichen, ein typischer Herpes Zoster auftrat, dessen Efflorescenzen jedoch nicht mit den Knötchen des Lichen planus zusammenfielen.

[2]) Ziemssen, Handbuch der Hautkrankheiten. Erster Halbband. 1883. pag. 500, Fig. 20.



am Kreuze, wo deutlich Caméen zu beobachten waren, localisirt hatte. Die Eruption wurde von einem beträchtlichen Jucken, das nach Gebrauch der Salbe von Unna verschwand, begleitet. Im Monat April, während der Examen, traten bei dem Kranken, den ich schon früher genau untersucht hatte, Lichenknötchen auf; zuerst an der linken Wange, später auch an der rechten, wo feine perlmutterähnliche, scharf begrenzte, fadenförmige Streifen von Lichenknötchen zu sehen waren. Lichenknötchen konnte man ausser an den Wangen auch am Zahnfleische an der äusseren Oberfläche des Unterkiefers bemerken; die Efflorescenzen an der Mundschleimhaut wurden von reinen subjectiven Empfindungen begleitet, an der Haut war mässiges Jucken vorhanden. Der Kranke hatte nie Syphilis gehabt, litt an Krämpfen in den Oberschenkelmuskeln bei Adductionsbewegungen derselben nach innen; sein Bruder ist von neuropathischer Constitution. Der Kranke wurde von mir meinen Zuhörern am 10. März 1885 demonstrirt.

III. Fall. Die Kranke war Gouvernante, 39 Jahre alt, höchst nervös und litt an doppelseitiger Ischias. Der Lichen planus nahm bei der Kranken auf der äusseren Haut nur die Kreuzgegend ein, welche von der Eruption ergriffen wurde zur Zeit, als die Ischias im rechten Fusse aufgetreten war. An der Schleimhaut beider Wangen waren, ungeachtet der unbedeutenden Eruption am Kreuz, bedeutende Lichenefflorescenzen in Form von weisslichen Knötchen, Ringen und feinen zickzackförmigen, perlmutterähnlichen Linien vorhanden. Subjective Empfindungen fehlten an der Schleimhaut gänzlich, an der äusseren Haut war die Eruption mit beträchtlichem Jucken verbunden.

IV. Fall. Der Kranke, Musiker, von äusserst impressibler Natur, mit herabgesetzter Ernährung, wurde von Lichen planus im Frühlinge des laufenden Jahres am ganzen Körper, namentlich aber an den oberen und unteren Extremitäten und am vorderen Drittel des Zungenrückens, ergriffen. An letzterer Stelle waren die Lichenknötchen in Form von zwei unregelmässig begrenzten, kaum erhabenen Plaques von grau-perlmutternem Aussehen vorhanden und wurden gleichfalls von keinen subjectiven Beschwerden begleitet. Syphilis hatte er nie gehabt. Dieser Fall wurde von mir ebenfalls meinen Zuhörern am 10. März 1885 demonstrirt.



V. Fall. Der Kranke, der Beschäftigung nach Comptoirist, 32 Jahre alt, wurde zu mir von Dr. O. am 27. Mai 1885 geschickt. Der Patient wurde wegen seines Magenkatarrhs, der ihn ganz von Kräften gebracht hatte, behandelt. Vor drei Monaten hatte er eine psychische Erschütterung gehabt, worauf sich bei ihm Schwäche, schlechter Schlaf, Kopfschmerzen und Jucken in Händen und Füssen einstellten; zugleich mit dem Jucken hatte er auch das Auftreten von Licheneffloresoenzen bemerkt. Bei Besichtigung des Kranken erschien das Exanthem an der äusseren Haut schwach ausgeprägt, obgleich sehr charakteristisch. Dagegen bemerkte man beim Kranken an der Schleimhaut der Wangen beiderseits scharf ausgeprägte Licheneffloresoenzen in Form von zickzackförmigen Linien, Knötchen und Ringen, von denen einige eine regelmässige 8-förmige Gestalt darboten, am Zungenrücken waren einige unregelmässig begrenzte flache, weissliche Plaques zerstreut. Syphilis hatte der Kranke nicht gehabt.

Mit dem früher von mir beschriebenen (1881) Falle habe ich also Gelegenheit gehabt, sechs Fälle zu beobachten, wo der **Lichen planus sich gleichzeitig an der äusseren Haut und der Mundhöhlenschleimhaut localisirt hatte.**



Ueber Blennorrhöe des Harnapparates beim Manne.

Von

Dr. A. Podres
Privat-Docent in Charkow.

(Hiezu die Tafel XXVI.)

Hinsichtlich der Tripperkrankheiten zeichneten sich die Repräsentanten der medicinischen Wissenschaft durch allergrösste Toleranz den Alten gegenüber aus, und zu derselben Zeit, als der Same exacter Forschung — gesät vom grossen Pasteur — in der Wissenschaft überall keimte und in vielen Theilen der medicinischen Wissenschaft schon reife Früchte trug, wurden in der Lehre von den Tripperkrankheiten Termini geduldet als da sind: acut, subacut, chronisch, pyorrhoea, selbst die Behandlung mit empirischen Mitteln wurde als wissenschaftlich betrachtet. Entgegen allen unseren wissenschaftlichen Ansichten hielt ein solcher Stand der Frage sich sogar bis zu den letzten Tagen; und in den Handbüchern allerneuesten Datums sind unwiderlegbare Beweise dafür zu finden.

Bei der Eintheilung der Tripperkrankungen der Urethra ist seit Ricord die symptomatische Classification zu Grunde gelegt, welche gleichsam als Erbtheil aus Lehrbuch zu Lehrbuch überging und die allerneuesten Handbücher tractiren bis jetzt über seröse, schleimige, eitrige, hämorrhagische Urethritis, über goutte militaire u. dgl. m. Processe. Desgleichen war auch die Aetiologie der Urethritis unklar, ungeachtet dessen, dass man seit dem berühmten John Hunter zu ihrer Aufklärung den experimentellen Weg benutzte.

Erst der Vater der Lehre von der Syphilis und den veneri-



schen Krankheiten, der französische Syphilidolog Ricord, that den ersten wichtigen Schritt, — er trennte Syphilis und venerischen Schanker von Urethritis im eigentlichen Sinne, und zu gleicher Zeit sprach er der letzteren ihre eigenthümlichen Eigenschaften — das Specifische des Contagiums — ab, welches vollkommen seine These beweist: „Frequemment les femmes donnent la blennorrhagie sans l'avoir."

Auch liess man in der Aetiologie derselben die verschiedenartigsten Ursachen zu, vollkommen unvereinbar mit dem Begriffe des specifischen Charakters.

Diese Verwirrung erklärt sich dadurch, dass in dem Begriffe der Urethritis dem Wesen nach vollständig verschiedene Processe enthalten waren. unter ihnen auch die Blennorrhöe, und diese verschiedenen Processe nicht streng unterschieden wurden. Wenn wir aber erwägen, dass dieses Leiden zwar nicht geraden Weges zum Tode führt, so doch eine unabsehbare Reihe nachfolgender Krankheiten erzeugt und einen Zustand im Organismus setzt, der nicht selten Anlass eines letalen Ausganges wird; welches die grosse Hälfte des Menschengeschlechtes in den Jugendjahren befällt und nicht selten einen solchen Verlauf nimmt, dass nach dem Zeugnisse von Lebert [1]) die Syphilis demselben vorzuziehen sei, so werden wir dasselbe zu den schweren Uebeln zählen. Und wirklich trifft man unter verschiedenen Tripperformen derartige, welche nach dem Geständnisse vieler Autoritäten als unheilbar angesehen werden müssen [2]); die Patienten nehmen sie mit ins Grab und mit ihnen auch eine Reihe nervöser und psychischer Störungen, welche nicht selten die directe Folge einiger Formen der Urethritis und ihrer Complicationen sind.

Nun sind wir mit Hilfe des Endoskops in den Stand gesetzt, uns aus der bisherigen Dunkelheit zu befreien und das Studium der Tripperkrankheiten der Urethra durch anatomische Befunde, welche bisher fehlten, zu ergänzen — Auspitz [3]), Grünfeld [4]).

---

[1]) Lebert. Sammlung Ziemssen's B. IX. T. II. 79 J. S. 358.

[2]) Lebert ibid. S. 365 (russische Uebersetzung).

[3]) Auspitz, über die chronische Entzündung der männl. Harnröhre. Diese Vierteljahrschr. 1879.

[4]) J. Grünfeld, die Endoskopie der Harnröhre und der Blase. Stuttgart 1881.

Ferner, als man die Methode Pasteur's benützte und dieselbe bei verschiedenen contagiösen Erkrankungen anwandte, begann man auch die Blennorrhöe oder Gonorrhöe als eine besondere Form der ansteckenden Leiden der Harnwege anzusehen, als deren Ursache einige scharfsinnige Autoren die Gegenwart eines specifischen Agens oder Ansteckungsstoffes erschlossen (Lebert [1]), Zeissl [2]).

Nach einer Reihe mehr oder weniger misslungener Versuche Donné's [3]), Juisson's [4]) u. A., ein solches specifisches Agens zu finden — gelang es Neisser [5]), damals Assistent an der dermatol. Klinik in Breslau, in der eitrigen Form der Urethritis einen besonderen Mikroorganismus aus der Gruppe der Coccen darzuthun, dessen beständige Gegenwart im blennorrhoischen Secret den Gedanken eines gewissen causalen Zusammenhanges zwischen Krankheit und Coccen einleuchtend machte.

Eine Reihe sorgfältiger Beobachtungen von Aufrecht [6]), Leistikow [7]), Krause [8]), Wolff [9]), Eschbaum [10]), Bokai [11]), Bockhart [12]) u. A. im Allgemeinen übereinstimmend mit den Beobachtungen Neisser's, setzen die unzweifelhafte und beständige Wechselbeziehung zwischen den Coccen und der Blennorrhöe der Urethra fest. — Auf dem Wege dieser Forschung klärte es sich gleichfalls auf, dass diese Gattung von Coccen ausschliesslich im blennorrhoischen Secret anwesend und in keiner anderen krank-

---

[1]) Lebert ibid. S. 354.

[2]) Zeissl, Anleitung zum Studium d. Syphilis. Ausg. 75 J. S. 21 B. I.

[3]) Donné, Traité des maladies veneriennes. Paris 1865.

[4]) Juisson, Dissertation. 1852.

[5]) Neisser A., über eine der Gonorrhöe eigenthümliche Mikrococcusform. Breslau. Centralblatt f. med. Wiss. Nr. 28. 1879 und Deutsche med. Wochenschr. 1882. Nr. 20.

[6]) Aufrecht, Patholog. Mittheilungen.

[7]) Leistikow, Charité-Annalen. 1882.

[8]) Krause, Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1882. V.

[9]) Wolff, Breslauer ärztl. Zeitschr. 1883.

[10]) Eschbaum, ein Beitrag z. Aetiologie der gonorrh. Secrete. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13. 1883.

[11]) Bokai, Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1881. Heft 1.

[12]) M. Bockhart, Beitrag zur Aetiologie u. Pathologie des Harnröhrentrippers. Diese Vierteljahresschr. 1883. Heft 1.



haften oder normalen Absonderung vorhanden sei. Nach dem Zeugniss der obenbenannten Autoren haben die Coccen Neisser's ein constantes und äusserst bestimmtes Verhältniss: verhältnissmässig grosse Mikroben lagern sich immer zu Gruppen nach den geraden Zahlen 2, 4 u. s. w.; charakteristisch bei den Coccen Neisser's ist ihre paarweise Anordnung, wobei Figuren sich bilden ähnlich der Ziffer 8 oder Bisquit-Formen (Diplococcen), was auf die Art ihrer Vermehrung auf dem Wege der Spaltung hinweist. Die Vermehrung dieser Diplococcen geschieht nach der Annahme der Autoren auf dem Wege der Spaltung des Individuums und zwar wechselweise, in horizontaler und vertikaler Richtung, daher stellen sie sich dem Beobachter immer in Form von Colonien, Massen, oder in besonderen Gruppen dar; aber niemals können sie weder Ketten, noch solche Figuren bilden, bei welchen eine Richtung (der Diameter) gegen die andere vorherrschen würde. Diese Eigenschaft ihrer Colonien bildet ihre merkwürdige Eigenthümlichkeit und unterscheidet sie auch scharf von anderen Coccusarten, als z. B. Micrococcus ureae, welcher eine solche Spaltung nicht besitzt, und daher sehr geneigt ist zur Bildung von Ketten und anderen länglichen Figuren.

Hinsichtlich des gegenseitigen Verhältnisses zwischen den Eiterzellen und den Mikroben gehen die Meinungen der Autoren auseinander; zu der Zeit als Leistikow und Eschbaum dieselben eingeschlossen im Protoplasma der Eiterkörperchen und Epithelialzellen sahen, sagte Bockhart, dass sie grösstentheils in den Kernen der Eiterkörperchen liegen, während Neisser sich dieselben nicht im Innern der Zellen, sondern auf ihrer Oberfläche (auf den Zellen sitzend) befindlich dachte.

Hinsichtlich der Menge der Gonococcen sagt Leistikow, dass ihre Menge in den Zellen bisweilen so gross sei, dass die Zellen buchstäblich mit ihnen überfüllt erscheinen, die Contouren ihrer Wände werden wenig bemerkbar, die Kerne werden blass, die Zellen vergrössern sich im Umfange 4—5mal, schwellen an und bei einer Ueberfüllung mit Mikroben platzen sie, wobei die befreiten, aus den Zellen herausgekommenen Gonococcen noch lange Zeit den Charakter ihrer früheren Colonie beibehalten — den Typus der Innenzellen-Figur, — nur theilen sie sich ein wenig auseinander.

Was die Beziehung der Gonococcen zur Periode der Krankheit betrifft, so ist auch in dieser Frage nichts Bestimmtes aufgestellt. Nach der Meinung Leistikow's entspricht ihre grösste Menge im blennorrhoischen Secrete nicht der Acme des Processes, sondern betrifft die Zeit, wenn die mehr acuten Symptome vergangen waren. Nach dem Zeugnisse vieler Autoren können die Gonococcen in verschiedenen Perioden der acuten und chronischen Blennorrhöe gefunden werden, ihre Gegenwart gelang Leistikow z. B. in der Absonderung der Blennorrhöe bei 11monatlicher Dauer zu constatiren. In allen obenerwähnten Beobachtungen stellten sich die Gonococcen in einerlei, der zuerst von Neisser beschriebenen Form dar, andere vegetative Formen (Stadien) hat Niemand gefunden. Auf diese Weise muss die unvermeidliche Gegenwart der charakteristischen Mikroben in der blennorrhoischen Form der Urethritis als ein so gut bewiesenes Factum angenommen werden, dass viele Autoren die Diagnose der Blennorrhöe als gesichert annahmen, sobald bei der mikroskopischen Untersuchung, in der Absonderung genannte Mikroorganismen zu entdecken waren.

Um mit Recht zu behaupten, dass die Gonococcen die wahren Träger des Giftes der Blennorrhöe seien, müsste, wenn sie auf dem Wege der Pasteur'schen Cultur isolirt und den Thieren im reinen (isolirten) Zustande eingeimpft, eine gleichartige Erkrankung erhalten werden. Für einige Mikroorganismen ist auf diesem Wege ein bekanntes Verhältniss zu entsprechenden krankhaften Processen festgestellt worden; für die Blennorrhöe kann man dieses nicht thun, wegen der Unempfänglichkeit der Thiere diesem Contagium gegenüber; es blieb daher nur übrig sich zu entscheiden eine Impfung auf Menschen zu machen.

Dr. Bockhart[1]) Assistent bei Rinecker (Würzburg), impfte zu diesem Zwecke die vierte Generation einer Reincultur der Gonococcen (bereitet von Dr. Fehleisen) in peptonisirter Fleischbouillon — auf die Urethra eines hoffnungslosen Patienten (in der letzten Periode von Dementia paralytica) und erhielt das Bild eines Processes mit ganz charakteristischen Zügen einer acuten, sehr intensiven Blennorrhoe, in deren Absonderung das Mikroskop im

---

[1]) M. Bockhart a. a. O. S. 8—14.



Laufe der ganzen Periode der Krankheit dieselben charakteristischen Gonococcen entdeckte, welche der natürlichen Blennorrhöe, erworben auf dem gewöhnlichen Wege, sozusagen eigen sind. Leider ging am 7. Tage der Patient an Hypostase in den Lungen zu Grunde und die ausgeführte Section zeigte Folgendes: der Hauptort der Localisirung des Processes war das Gebiet der Fossae navicularis urethrae, deren submucöse Schicht folgende Hauptveränderungen darstellte: die ganze Masse der lymphatischen Wege war dicht mit Eiterkörperchen und Gonococcen gefüllt, stellenweise waren die Gefässe von ihnen thrombosirt. Dergleichen Veränderungen, allmählich schwächer werdend, verbreiteten sich auch weiter bis zum Sinus bulbi, weiterhin waren sie schwach ausgeprägt. Die Blutgefässe der submucösen Schicht und des cavernösen Körpers der Urethra schlossen eine grosse Menge weisser Blutkörperchen ein, theilweise Gonococcen enthaltend; übrigens traf man die letzteren hier auch im freien Zustande. Im Harn, zusammen mit anderen Arten von Mikroben, befanden sich eine grosse Menge Gonococcen; die Harnblase stark hyperämisch, stellenweise nekrotische Nester darbietend, besonders scharf ausgeprägt im Gebiete des trigonum vesicale.

Der Harnblasen-Inhalt eitrig hämorrhagischen Charakters, in den nekrotischen Nestern (diphtheritische Nester) die Menge der Gonococcen ungeheuer. In der linken Niere Anzeichen scharf ausgeprägter Entzündungserscheinungen mit Bildung von Abscessen, in den Eiterelementen eine grosse Menge Gonococcen. Ueberhaupt zeichnete sich der gegebene Fall durch ungewöhnlich grosse Mengen von Gonococcen aus; fast alle Leukociten der lymphatischen Wege und die freien Zellen des Bindegewebes waren in mehr oder weniger starkem Grade mit ihnen überfüllt; in einigen Zellen bis zu 100 Individuen und mehr; in gleicher Reihe mit den eingeschlossenen befanden sich in auffallender Menge auch freie Coccen; sowohl in den lymphatischen Wegen, als auch im Bindegewebe der Corpora cavernosa und in den glatten Muskelfasern der Urethra.

Ich ging deshalb absichtlich in die Details des Falles ein, weil seine Beobachtung neue Wege zum Studium des blennorrhoischen Processes eröffnet. Ausserdem ist der von **Bockhart** eingeschlagene Weg allein im Stande, für die Dauer das Fac-



tum der Abhängigkeit der blennorrhoischen Erkrankung von den in den Geweben des Menschen sich vollziehenden Lebenserscheinungen der Gonococcen festzustellen. Beim Studium der Geschichte des Patienten von Bockhart gelangen wir jedoch zu der Ueberzeugung, dass das Bild der künstlichen Blennorrhöe Bockhart's einen wesentlich verschiedenen Charakter gegenüber der natürlichen Blennorrhöe an sich trägt, und zu gleicher Zeit, wenn die letztere als rein locales Leiden der Urethra und ihrer nächsten Umgebung erscheint, erscheint erstere nach den Protokollen Bockhart's als verbreitetes Leiden, mit den Besonderheiten des metastatischen Processes (Metastase in den Nieren, nekrotischer Process in der Harnblase).

Diese Unterschiede im Bilde beider Blennorrhöen leiten unwillkürlich auf den Gedanken, dass die künstliche Blennorrhöe Bockhart's keine Blennorrhöe war, dass das Agens dieses künstlichen Processes kein Gonococcus, sondern ein anderer Mikroorganismus war, man könnte denken ein septischer. Aber diese Voraussetzung verliert im Augenblick ihren Boden, sobald wir uns erinnern, dass der ganze Verlauf des Processes durch das Mikroskop controlirt wurde, welches bei aller noch jetzigen Armuth unserer Kenntnisse im Gebiete der Mykologie uns jedenfalls erlaubt, ohne besondere Mühe die charakteristischen Gonococcen von septischen Bacterien zu unterscheiden. Folglich bleibt der Schluss übrig, dass das Bild der künstlichen Blennorrhöe von einem der beiden Umstände abhängt; entweder davon, dass Bockhart zu seiner Verfügung einen kranken, geschwächten Organismus mit unterdrückter individueller Resistenz hatte, oder aber, dass cultivirter Gonecoccus als weit mehr thätiger und giftiger erscheint, als der unter gewöhnlichen Bedingungen aufgezogene. Die vereinzelt dastehende Beobachtung Bockhart's erlaubt uns nicht diese Frage zu entscheiden.

Die Beobachtung Bockhart's eröffnet noch eine andere, äusserst interessante und wichtige Frage. Falls einerseits bewiesen ist, dass die Gonococcen eine hinreichend bedeutende Energie besitzen und unter bekannten Bedingungen, wie in dem Falle der künstlichen Blennorrhöe, einen verbreiteten, sogar metastatischen Process erzeugen können, andererseits aber die tägliche Erfahrung uns lehrt, dass die Gonococcen fast immer eine nur örtliche



Erkrankung der Urethra hervorrufen, da fragt es sich: welche Ursachen begrenzen ihre Verbreitung, paralysiren ihre giftige Wirkung? — Folglich spitzt sich die Frage auf die Ursache der Localisation der Blennorrhöe zu.

Es muss angenommen werden, dass der Gonococcus im Organismus des Menschen schon bei seinem Eintritt in das Gewebe irgend welche mehr weniger stark entgegenwirkende Bedingungen seiner weiteren Verbreitung antrifft.

Um diese Bedingungen kennen zu lernen, wollen wir eine kleine Abschweifung machen und die im höchsten Grade interessanten Beobachtungen von Prof. Metschnikow[1]) in Odessa berühren. Ganze Reihen sorgfältiger Beobachtungen Metschnikow's stellten die bekannte Beziehung unter den sogenannten Fagociten (d. h. Zellen, die fähig sind, harte Körper zu verschlucken — zu denen er die weissen Blutkörperchen und freie Zellen des Bindegewebes zählt) — und verschiedenen Gattungen Mikroben fest, und so kam er zu folgenden Schlüssen: dass die Fagociten wirkliche Vertheidiger des Organismus gegen die auf verschiedenen Wegen einfallenden Mikroben sind; dass unmittelbar nach dem Eintritt schädlicher Agentien in das Gewebe eine Emigration der weissen Blutkörperchen aus den Gefässen und die Befreiung der umherschweifenden Zellen des Bindegewebes beginnt, dass diese Zellen um die eingedrungenen Mikroben sich anhäufen und nach einiger Zeit erweist es sich, dass viele dieser Mikroben schon innerhalb der Zellen sich befinden, wo sie auch auf dem Wege der inneren Zellenverdauung zu Grunde gehen. Dieses Verschlingen der Mikroben sieht Metschnikow als einen Ernährungsprocess der Zellen an (activer Process). Die gesättigte Zelle vergrössert sich im Umfange, verlangsamt ihre Bewegung; nach einiger Zeit wird die Mikrobe unsichtbar, an ihrer Stelle erscheint ein Vacuole, ihrer früheren Lage entsprechend. Vom Standpunkte Metschnikow's aus wird zwischen den Mikroben und den Fagociten ein Kampf geführt, welcher nicht immer einen gleichen Ausgang nimmt. Der Sieg kann auf Seite der Fagociten bleiben, und dann verschwindet die Mikrobe, verzehrt und verdaut von den Fagociten. Das geschieht in den Fällen, wo

---

[1]) „Russische Medicin" 1884. Nr. 1—8.

die Lebensenergie des Organismus und seiner Fagociten gegen die Energie der Mikroben vorherrscht; unter umgekehrten Verhältnissen kann man aber beobachten, dass die Fagociten entweder gar nicht im Stande sind, die Mikroben zu verschlingen, oder, wenn sie sie auch verschlingen, so doch nur in kleiner Menge und dann erleiden die Zellen Veränderungen, welche ihre Zerstörung genannt werden könnten. Der Mikroorganismus tritt aus den zerstörten Zellen und setzt ungehindert seine gifttragende allgemeine Wirkung fort, indem er durch den Blutumlauf in alle Organe und Gewebe eindringt.

Metschnikow gelang es einem derartigen Verhältnisse und Ausgange des Kampfes zu folgen, indem er verschiedene organisirte Contagien in die Gewebe einführte, unter anderen geschwächte Pasteur'sche Vaccine und natürlichen (starken) Bacillus anthracis. — Im ersten Fall blieb der Sieg immer auf Seite der Fagociten, während im anderen auf Seite der Bacillen. Zur Erklärung der so räthselhaften Erscheinung ist Metschnikow geneigt, die von Pasteur zum ersten Male vorgeschlagene Hypothese zu benützen, dass die Mikroben, ihren Lebenslauf in dem einen oder dem anderen Nährboden durchmachend — sei dieser ein Thierorganismus — im Interesse der Selbstvertheidigung irgend einen narkotischen Stoff ausscheiden, welcher die angreifenden Fagociten paralysirt. Von der Natur, desgleichen auch von der Menge dieses narkotischen Stoffes muss der Ausgang des Kampfes und der Grad der Giftigkeit der Mikroben abhängen.

Falls die Untersuchungen von Metschnikow sich durch eine Reihe anderer Untersuchungen bestätigten, so würde uns von diesem Standpunkte aus vieles klar und leicht begreiflich sein, was bisher räthselhaft und unerklärbar war. Wir könnten dann ganz ohne weiteres die Theorie Metschnikow's bei unseren medicinischen Lehren anwenden und z. B. folgender Weise raisonniren: dass bei einem Processe mit dem Charakter eines allgemeinen Leidens, wie z. B. Anthrax, die Mikrobe das schützende Bestreben des Fagociten paralysire und frei in alle Organe und Gewebe eindringe, — bei localisirten Processen aber beobachte man dieses deshalb nicht, weil die denselben bedingenden Mikroben keine grosse Lebensenergie besitzen, oder was dasselbe sagen will, einen schwachen narkotischen Stoff ausscheiden (Pasteur).



Da nun die Blennorrhöe einen Process darstellt, der zum Studium verschiedener Stadien des Kampfes (nach Metschnikow) der Mikroben mit den Elementen der Gewebe sehr bequem ist, so bemühte ich mich durch eine lange Reihe von Beobachtungen über den Verlauf der Blennorrhöe der Urethra verschiedener Intensität diese Beziehungen zu studiren, was mir auch ermöglichte, einige Schlüsse zu machen.

Die Untersuchungsmethode, welche ich benützte, ist sehr einfach. Einen Tropfen des entweder durch Ausquetschen aus der äusseren Oeffnung oder unter Beihilfe des Endoskops aus den tiefen Theilen der Urethra erhaltenen Urethralsecretes vertheilt man auf dem Deckglase in möglichst dünner Schicht, und unterzieht dasselbe der langsamen Austrocknung bei einer Temperatur von 35 — 40° C. in der Wärmekammer. Hierauf wird das Präparat gefärbt. Zu diesem Zwecke eignen sich verschiedene Anilinfarben, wie Anilin-blau und -violett, aber besonders vortheilhaft Rosanilin (Fuchsin) in sehr verdünnter wässriger Lösung.

Nachdem das Präparat in dem färbenden Bade 10—20 Minuten gelegen, bietet es die Möglichkeit dar, hinreichend genau die gegenseitigen Beziehungen der Zellen und der Mikroben zu studiren, da sowohl das Protoplasma der Zellen als auch die Kerne und die Mikroben in verschiedenem Grade gefärbt erscheinen und ihre Beziehungen hinreichend deutlich werden. Das Färben mit Anilinblau und Anilinviolett, desgleichen das zweifache Färben nach Ehrlich mit Vesuvin genügt nicht diesem Zwecke, weil das Protoplasma der Eiterkörperchen nach keiner dieser Methoden gefärbt wird. Nach dem Färben und dem Auswaschen wird das Präparat bei derselben Temperatur ausgetrocknet und, falls nicht ein wiederholtes und ergänzendes Färben mit irgend einem anderen färbenden Mittel erforderlich ist, schliesst man es entweder in einen Tropfen Glycerin mit Wasser zur Untersuchung, oder in Gelatine mit Glycerin oder Canadabalsam zur Aufbewahrung ein. Bei der doppelten Färbung mit rothem und blauem Anilin (Methylenblau) erhält man sehr schöne Bilder, wo scharf ausgeprägte Bilder der fast schwarzen Gonococcen gegenüber dem rothen Protoplasma der Zellen und ihrem Kern bemerkbar sind.

Zum Zweck des Fixirens des Präparates, d. h. der Eiter-

elemente und zum Färben des blennorrhoischen Mikroben ist es vortheilhaft, dem Färben eine vorhergehende Behandlung mit Jod oder Brom vorauszuschicken, indem man es in eine schwache spirituöse Lösung von krystallisirtem Jod oder Brom eintaucht oder was noch einfacher, umgekehrt das Deckglas mit dem Präparat über ein Glas mit den genannten Bestandtheilen legt. In den ersten Tagen der Blennorrhöe, wenn der Process dem Charakter nach eine unbestimmte Erkrankung darstellt (die schleimige Periode), bilden den Haupttheil der Formelemente des Secrets die Epithelialzellen der Urethra und nur selten trifft man Eiterkörperchen mit einer kleinen Menge Gonococcen an; die letzteren trifft man ebenfalls auch in kleiner Menge in freiem Zustande einzeln und in kleinen Gruppen an. Fig. 1 stellt eine derartige Anfangsperiode der Blennorrhöe vor. Das Präparat ist von einem Kranken 36 Stunden nach der Ansteckung. Ein Theil der Gonococcen ist auf den Epithelialzellen, der andere grosse Theil ist frei zwischen den Zellen vertheilt und endlich ein Theil derselben erweist sich schon verschluckt von den Eiterkörperchen.

Beim weiteren Gange der Blennorrhöe vergrössert sich auch die Menge der Gonococcen, die Menge der Eiterkörperchen vermehrt sich ebenfalls. Die gegenseitigen Beziehungen unter ihnen ergeben einen Unterschied in einem jeden besonderen Falle. In einer Reihe von Fällen ungeachtet der reichlichen Absonderung von Eiter und dem entsprechend grosser Menge von Mikroben, zeigen die letzteren, dass eine grosse Masse von ihnen innerhalb der Eiterelemente liegt, wobei einige Zellen buchstäblich mit ihnen überfüllt sind und es freie fast gar nicht gibt (Fig. II). Eine solche Blennorrhöe nimmt den allerruhigsten Verlauf, wird von einer mässigen Reaction begleitet und endet mit Genesung in einer Periode von 5—12 Tagen, d. h. mit dem Verschwinden des charakteristischen Eiterstadiums. Das Präparat ist entnommen aus der Absonderung der Urethra bei einem Jüngling von 18 Jahren an primärer Blennorrhöe leidend, nach neuntägiger Krankheit. — Der Fall endete mit Genesung am 11. Tage nach der Entdeckung der Blennorrhöe ohne irgend welche Complication. In einer anderen Reihe von Fällen liegt die Hauptmasse der Gonococcen frei; bildet charakteristische Colonien; in den

Zellen ist ihre Menge unbedeutend. In ähnlichen Fällen treffen die Gonococcen kein Hinderniss zur Entwickelung und ihre Menge ist ungewöhnlich gross, überall trifft man ganz ungeheure Anhäufungen dicht aneinanderliegend, theils in compacter Masse die Eiterkörperchen und Epithelialzellen bedeckend, theils frei umherschwimmend (Fig. III).

Das Präparat ist bereitet aus dem Secret der Urethra eines anämischen, phthisischen, schlecht entwickelten 16jährigen Jünglings am 8. Tage der Krankheit; die Krankheit zog sich hin vom 10. September bis zum 21. October 1884. Sie wurde von periodischen Temperaturerhöhungen begleitet, von diphtheritischen Ablagerungen in der Urethra (Blättchen), die bei der Untersuchung aus nekrotischem Gewebe der Schleimhaut und aus Massen charakteristischer Colonien der Gonococcen bestehend sich erwiesen. Nach dem Ablösen der Blättchen entdeckte das Endoskop wunde Flächen, welche nur wiederholter Cauterisation wichen. Während der Dauer der Blennorrhöe wiederholten sich zweimal die anfänglichen Anfälle des Blasenleidens mit dem Charakter des blennorrhoischen Processes (Gegenwart der Gonococcen).

Im Anfange der 3. Woche complicirte sich die Krankheit mit Epididymitis an der linken Seite. Nach der Genesung recidivirte die Blennorrhöe in kurzer Zeit und obgleich die Recidive kurze Zeit dauerte (vom 17. November bis zum 3. December), war sie verhältnissmässig heftigen Charakters und stellte ein gleiches Verhältniss der Mikroben zu den Eiterelementen des Secretes dar. Nach einer ganzen Reihe von Beobachtungen gelangte ich zu der Ueberzeugung, dass die Blennorrhöe bei dergleichen Eigenschaften und Beziehungen des Gonococcus, wie sie Fig. III darstellt, als intensive Erkrankung erscheint, welche mehr oder weniger weit ausgebreitete Lymphangoitiden erzeugt, Thrombose der lymphatischen Gefässe (oedema glandis et praeputii) bewirkt und nicht selten von Metastase der nächsten lymphatischen Drüsen begleitet erscheint — lymphadenitis inguinalis. Der Process hat Neigung auf die Ductus ejaculatorii der Samendrüsen sich auszudehnen, es entwickelt sich epididymitis et spermatitis blennorrhoica, nicht selten eine Affection im Gebiete des trigonum vesicale. Auf der Acme der Entwicklung, besonders bei Personen in schlechten Verhältnissen, erscheint nicht selten allgemeine Cystitis blen-



norrhoica und Anzeichen von Leiden der Nierenkanäle. Indem ich dergleichen Verhältnisse der Mikroben der Blennorrhöe in mehr als 800 Fällen untersuchte, hatte ich Gelegenheit, mich so viel nach dieser Seite hin zu orientiren, dass für mich die mikroskopische Untersuchung des Secretes von Urethritis in jedem Falle zur Nothwendigkeit wurde, weil sie nicht nur die Diagnose, sondern Prognose und Therapie beherrscht.

Die Verbreitungswege des blennorrhoischen Contagiums sind zweierlei. Der Hauptweg, bewiesen durch die Section im Falle von Bockhart, ist jener auf den lymphatischen Bahnen, so zwar, dass das Contagium in deren Umgebung und in den mit ihnen verbundenen Organen auftritt. Es sind dies die Drüsen der Weichtheile, die Ductus ejaculatorii der Samendrüsen, die tieferen Theile der Urethra und der Boden der Harnblase. Der zweite Weg sind die Blutgefässe.

Die Untersuchungen Bockhart's geben einige Andeutungen dafür, dass das Contagium auch in das Blut überging (Niere und Gelenkhöhlungen). Das Antreffen sowohl freier als auch an Eiterelemente (weissen Körperchen) gebundener Gonococcen in der Höhlung der Blutgefässe der Corpora cavernosa urethrae erlauben diese Voraussetzung.

Endlich darf man nicht ausser Acht lassen noch eine Möglichkeit der Verbreitung der Blennorrhöe — auf dem Wege der directen Ansteckung der benachbarten Theile der Urethra. Es ist ja bekannt, dass die Blennorhöe immer in der Fossa navicularis urethrae beginnt, nach einiger Zeit verbreitet sie sich auf die pars bulbosa et pars prostatica urethrae, als ob sie auf dem Wege die Zwischentheile übersprungen hätte. Hier geschieht die Ansteckung auf dem Wege des einfachen Weiterrückens des Secrets in die tiefen Theile theilweise durch die Bewegung des Patienten, beim Zusammendrücken der Urethra, oder durch mechanisches Hineinpressen bei verschiedenartigen Einspritzungen in die Urethra.

Die Beobachtung bestätigt diese Voraussetzung, indem die Erkrankung der tiefen Theile der Harnröhre am häufigsten entweder nach dem Durchführen eines Instrumentes oder nach tiefen Injectionen, starken und anhaltenden Bewegungen erfolgt; ferner wissen wir, dass man einer solchen Verbreitung durch Ruhe,



Mässigkeit und Enthaltsamkeit, — Abwaschungen (Einspritzungen) des vorderen Theiles der Urethra, durch Drücken der Urethra mit den Fingern gelegentlich des Einspritzens vorbeugen kann. Der Entwickelung des blennorrhoischen Processes mit dem Mikroskope folgend, bemerken wir, dass die Menge der Gonococcen beim Uebergange des schleimigen Stadiums in das eitrige das Maximum erreicht, was bei primärer und intensiver Form des Leidens am 9., 12. Tage der Fall ist, — vom 14.—16. Tage an vermindert sich allmählich die Menge der Eiterkörperchen und mit ihnen zugleich auch die der Gonococcen, so dass beim Uebergange der eitrigen in die schleimige Absonderung von denselben nur Spuren im urethralen Secret bleiben.

Daraus, dass man die Gonococcen in der Periode des nachfolgenden Katarrhs (das schleimige Stadium) nicht antrifft, sind wir nicht berechtigt zu schliessen, dass sie vollkommen verschwunden oder aus dem Organismus entfernt sind. — Die Erscheinungen der Blennorrhöe sind verbunden mit den Lebensprocessen der Gonococcen. Die Gonococcen vollbringen ihren Lebenslauf in einer gewissen Zeitperiode und gehen dann zu Grunde, nach dem Gesetze, nach welchem das Mittel, in dem sie leben, bald untauglich zu ihrer weiteren Nahrung wird, sei es, dass der nöthige Theil des Nährstoffes aufgezehrt wird, sei es in Folge von Ansammlung gewisser Nebenprodukte des Stoffwechsels; doch muss man annehmen, dass nicht alle Gonococcen zu Grunde gehen. Es hinterbleiben aller Wahrscheinlichkeit nach einige mehr widerstandsfähige Formen derselben, welche unter veränderten Bedingungen von Seiten des Culturmittels (in günstigem Sinne für sie) im Stande sind, neue Culturen zu geben. Und obgleich es bis nun noch keinem Forscher gelang, bei den Gonococcen die Gegenwart verschiedener vegetativer Formen zu beweisen, so sind im Charakter des blennorrhoischen Processes Gründe dafür, welche zwingen diese Voraussetzung zu machen. Es genügt auf die Erscheinung der Latenzperiode der Blennorrhöe hinzuweisen.

Es ist bekannt, dass der blennorrhoische Process in das sogenannte schleimige Stadium (Periode) übergeht, welches nach Verlauf eines mehr oder weniger langen Zeitraumes gleichfalls verschwindet. Wenn nach Ablauf von 5—10 Monaten der Patient



nicht aus dem Rahmen des vorgeschriebenen Regimes tritt, so recidivirt die Blennorrhöe nicht und er kann sich als vollkommen genesen betrachten. Wenn aber der Patient die vorgeschriebenen Bedingungen verletzt oder aber irgend welche zufällige schädliche Bedingungen einwirken, so erscheint wiederum die eitrige Absonderung aus der Urethra und abermals erscheinen Gonococcen — es wiederholt sich eine neue Cultur der Mikroorganismen. Es erscheint eine Recidive der Blennorrhöe, obgleich mehr kurz und weniger heftig, aber ebenso typisch wie der Beginn der Krankheit. Dergleichen Recidiven, — Wiederholungsculturen, — kann es 3—5 und mehr geben. Dieses Factum kann nur so erklärt werden, indem man die Existenz irgend welcher, in den Geweben des Organismus zurückgebliebener, im unthätigen Zustande verharrender Dauerformen der Mikroben zulässt, welche immer bereit sind in die thätige Form überzugehen und eine Reihe neuer Culturen zu geben, falls dazu günstige Bedingungen erscheinen. Zu den Eigenthümlichkeiten des blennorrhoischen Contagiums gehört ferner seine allmähliche Abschwächung auf dem ursprünglichen Culturboden, so dass die Recidiven der Blennorrhöe immer schwächer als der primäre Process werden. Zu der Zeit, wenn der primären Cultur in der Mehrzahl die vorherrschende Masse der freien Mikroben entspricht (Fig. III), sind in den Recidiven sehr wenig freie, der grösste Theil ist eben in den Eiterkörperchen eingeschlossen (Fig. I und II).

Die Erscheinung der abgeschwächten Empfänglichkeit des Organismus nach der ersten Cultur von Gonococcen hinterbleibt auf einen langen Zeitraum: auf viele Jahre, was dadurch bewiesen wird, dass die Reinfection mit dem blennorrhoischen Contagium immer bedeutend schwächer ausfällt sowohl der Zeitdauer als auch der Intensität des Processes und dem Charakter und der Quantität der Mikroben im urethralen Secret nach. Die mittlere Dauer des Verlaufes der recidivirenden Blennorrhöe (der Reinfection) ist 5—12 Tage.

Den blennorrhoischen Process vom Standpunkte der constanten Gegenwart seines specifischen Mikroben betrachtet, müssen wir natürlich die eigentliche Blennorrhöe, d. h. die specifische Periode — die Culturperiode der Mikroben — von der Periode der schleimigen Blennorrhöe und dem Nachtripper unterscheiden.



Ich bin der Meinung, dass vom wissenschaftlichen Standpunkte aus nur die erste Periode (die parasitische) den Namen Blennorrhöe verdient, während die andere Periode, verschiedene nachfolgende Erkrankungen der Urethra vorstellend, grösstentheils katarrhalischer Natur, nichts Charakteristisches besitzt und deshalb nicht auf Rechnung des blennorrhoischen Processes gesetzt werden soll. Diesen Vorbehalt erachte ich deshalb für nothwendig zu machen, damit die Ziffern, die ich für verschiedene Perioden dieser Krankheit anführe, nicht ungewöhnlich klein erscheinen.

Nicht alle Partien der Harnröhre sind gleichmässig der Erkrankung mit Blennorrhöe unterworfen, mit anderen Worten, nicht überall in der Urethra finden sich gleiche Bedingungen zur Cultur der Gonococcen. Die tägliche Erfahrung und die Beobachtungen **Bockhart's** und das endoskopische Studium dieses Leidens bringen uns zu der Ueberzeugung, dass als allerbequemstes und deshalb am meisten befallenes Gebiet die: Fossa navicularis, sinus bulbosus, collum vesicae d. i. der Theil des Harnblasenhalses erscheint, welcher diesseits der musculi sphinct. vesicae liegt; ferner, wenn die Blennorrhöe auf den lymphatischen Wegen sich verbreitet, so ergreift sie das Gebiet des trigonum vesicale und die samenerzeugenden Organe.

Die nächste Ursache solcher Bevorzugung dieser Theile ist ihr Reichthum an Lymphgefässen und da nun die Untersuchungen **Bockhart's** beweisen, dass der blennorrhoische Process sich vorzugsweise in den lymphatischen Wegen localisirt, so wird es verständlich, weshalb es diese Gebiete sind, wo sich blennorrhoische Herde bilden; während andere Theile der Urethra, auf dem Durchgangswege des Processes liegend, gleichsam übergangen werden, obgleich nicht gänzlich, weil die Untersuchung vermittelst des Endoskops auch in ihnen die Gegenwart derselben charakteristischen Veränderungen entdeckt, nur in geringerem Grade. Die Frage über die Dauer der Existenz des blennorrhoischen Mikroben in den Geweben des Organismus ist im höchsten Grade wichtig, weil sie auf die Existenz der sogenannten chronischen Blennorrhöe bringt, das ist einer Blennorrhöe, die Monate und Jahre lang andauert.

Die bis zur letzten Zeit in der Wissenschaft herrschende Ansicht, als ob der blennorrhoische Process in dem Harnapparate eine unendlich lange Zeit sich hinziehen könne, stimmt nicht

überein mit unseren jetzigen Kenntnissen vom Leben der blennorrhoischen Mikroben; die Culturperiode der Gonococcen umfasst eine gewisse Zeit, nach deren Verlauf der Organismus mehr oder weniger vollständig sich von ihnen befreit, statt derselben hinterbleibt nicht selten, besonders nach unregelmässig verlaufender Gonorrhöe ein nachfolgender krankhafter Zustand der Urethra, in Form einer katarrhalischen, chronischen oder granulösen oder wunden Urethritis, unter dem allgemeinen Namen des Nachtrippers bekannt.

Dieser Nachtripper verschwindet nach mehr oder weniger langwieriger Existenz von 1—3 Monaten, und dann beginnt volle Genesung; der Patient ist frei von Recidiven, ungeachtet nicht seltener Uebertretung der Vorschriften des Arztes, weil ungefähr um diese Zeit gewöhnlich schon die Fähigkeit der Gonococcen, neue Culturen zu geben, verloren gegangen ist, oder weil ihre unthätigen Formen (Dauerformen) auf dem Wege der rückschreitenden Metamorphose ausgeschieden sind, oder in Folge irgend anderer bisher unbekannter Ursachen. Unter dem Einflusse verschiedenartiger Excesse kann der Nachtripper zurückkehren und sogar mit dem Kennzeichen des eitrigen Secretes, aber dennoch wird das keine charakteristische Blennorrhöe sein, weil das Mikroskop in ihm keine specifischen Gonococcen entdeckt. — Unter dem Namen der chronischen Blennorrhöe hingegen muss man eine Reihe sich wiederholender Culturen von Gonococcen annehmen, eine Reihe von Recidiven der Blennorrhöe, von welcher eine jede ebenso typisch durchdringt, und von der ersten sich nur durch den Grad der Intensität unterscheidend. Dergleichen Culturen kann es einige geben, und sie werden eine Periode von vielen Monaten, möglicherweise sogar auch Jahre umfassen. — Es entwickelt sich die chronische Blennorrhöe, aus der acuten in diesem Falle, wenn der Anlass zu neuen Recidiven früher erscheint, als die unthätige Form des Mikroben die Fähigkeit verliert, neue Culturen zu geben. Das Mikroskop wird jedesmal während der Periode der neuen Culturen die Gonococcen entdecken, in der Zwischenzeit aber werden sie nicht sein. Dieses periodische Auftreten der Gonococcen kann lange Zeit sich wiederholen, und die periodischen Anfälle der blennorrhöe'schen Recidive finden auch wirklich ihren Boden bei anämischen, entkräfteten Personen mit den Anzeichen

einer schlechten Ernährung und constitutionellen Störungen, desgleichen auch bei gesunden, aber wenig enthaltsamen und hinsichtlich ihrer Gesundheitspflege nachlässigen Personen. — Von diesem Standpunkte aus ist die Existenz einer chronischen Blennorrhöe zulässig. Auf Grund dieser Ansicht können wir leicht mit ihr in Uebereinstimmung bringen das Factum des Antreffens der Gonococcen nach Verlauf einer langen Zeit vom Beginne der Erkrankung an — (nach Leistikow nach 11 Monaten) — und dieses Factum wird ganz und gar nicht im Widerspruche mit unseren Ansichten stehen. Einmal abgelaufene Blennorrhöe hinterlässt Veränderungen in der Urethra, unter welchen die Veränderung des Blutumlaufs und der Ernährung die Hauptstelle einnehmen und den Katarrh des Organes unterhalten. Die Alteration des Blutumlaufes und der lymphatischen Wege verschwindet gewöhnlich mehr oder weniger vollkommen nach der primären Blennorrhöe, aber sie persistiren manchmal lange Zeit.

Für sich allein hinterlässt die Blennorrhöe bei ihrem gewöhnlichen Verlauf niemals derartige Veränderungen der Urethra, welche die Entwicklung von Stricturen mit sich führten. Diese letzteren treten nur in Fällen von besonders unglücklichem Verlauf derselben, bei tiefen Infiltraten und Thrombosen der lymphatischen Wege auf, oder nach Abscessen mit nachfolgender Narbenbildung; ferner bei der sogenannten diphtheritischen Form der Blennorrhöe. Diese Fälle sind überhaupt selten, und es ist nicht der Blennorrhöe die Entwicklung dieser ernstlichen Complication (der Strictur) beizumessen, sondern den Abweichungen in ihrem Verlauf und der Reihe von Veränderungen, welche nicht selten künstlich geschaffen werden durch nicht entsprechende Behandlung. Bei der Untersuchung mit dem Endoskop der von der Blennorrhöe betroffenen Urethra entdecken wir eine Reihe charakteristischer Veränderungen. In der Periode der höchsten Entwickelung des Processes — gewahrt man nach dem Einführen des Endoskops im Niveau der Fossa navicularis fast das ganze Gesichtsfeld mit dickem, weissem, eitrigem Secrete bedeckt, nach dessen Abhebung sich die Schleimhaut von dunkelrother Farbe und sammtartigem Ansehen präsentirt. Die Schleimhaut, in Folge der Anschwellung, legt sich in grosse Falten und zieht sich in die Höhlung der endoskopischen Röhre hinein, daher der Trichter,

trotzdem er den grössten Theil seiner normalen Formen beibehält, bedeutend weniger tief wird, und seine centrale Figur nimmt fast das ganze Gesichtsfeld ein. Sie ist scharf ausgeprägt, strahlenförmig, in den Fällen, wo die Urethra gleichmässig in der ganzen Umgegend verändert ist, — oder halbmondförmig, wenn eine Seite mehr gelitten hatte als die übrigen. Die Schleimhaut ist in dieser Periode der Krankheit äusserst empfindlich und neigt zu Blutungen; die kleinste unvorsichtige oder ungleichmässige Bewegung des Endoskops, die Berührung mit dem Tampon, das Abheben des Secretes, ruft das Gefühl eines heftigen Schmerzes und eine Hämorrhagie hervor, daher in dieser Periode der Krankheit die endoskopische Untersuchung kaum angezeigt ist. In den höheren Graden der Entwicklung des Processes geben die schärfer ausgeprägten Formen der Blennorrhöe ein äusserst charakteristisches Bild: stellenweise hat die Schleimhaut einen weissen Anflug in Form von Streifen oder dünnen Blättchen, die sich auf der Urethra der Länge nach lagern. Die gesättigt weisse Farbe und die feste Vereinigung dieser Blättchen mit der Schleimhaut machen sie dem diphtheritischen Blättchen ähnlich.[1]) Die mikroskopische Untersuchung dieser Blättchen zeigt, dass sie aus nekrotischer Schleimhaut und einer ungeheuren Menge von Gonococcen bestehen.

Wie die experimentellen Untersuchungen Heubner's[2]) und Aufrecht's[3]) zeigen, ist die Bildung dieser Blättchen sehr verschiedenen Processen eigen, die in gar keiner Beziehung zur Diphtheritis stehen. Ein jedes Mal nach anhaltender Ischämie des Gewebes der Harnwege erscheinen an vielen Stellen der Schleimhaut derartige Blättchen (vorzugsweise in der Harnblase): Die Gewebe der Schleimhaut verfallen der „coagulativen Nekrose" (Heubner). Die Entstehung dieser Blättchen bei der Blennorrhöe erklärt sich aus der Ischämie des Gewebes in Folge der sich verbreitenden Thrombosen der lymphatischen

[1]) Diese Form der Blennorrhöe ist von Grünfeld in seinem: „Die Endoskopie der Harnröhre und der Blase" unter dem Namen „Urethritis diphtheritica" beschrieben.

[2]) Heubner: Die experimentelle Diphtherie. Leipzig 1883.

[3]) Aufrecht: Diphtheritis der Harnblase durch Verschluss der Harnröhre. Centralbl. f. Medic. Wissensch. 1882, Nr. 49.



Wege und der Infiltration der Epithelialhülle der Urethra mit Eiterelementen und mit Mikroorganismen. Da nun dergleichen Formen der Blennorrhöe schwere Processe sind, so werden sie auch von den allerheftigsten Symptomen begleitet und geben das grösste Contingent der hämorrhagischen Urethritis.

Was die Therapie der Blennorrhöe anbetrifft, ist es möglich in den meisten leichten Fällen sogar der primären, sich mit einfachen Massregeln zu behelfen: Ruhe, Vermeidung aufregender und den Zufluss des Blutes zu den Geschlechtstheilen verstärkender Einflüsse und Anwendung von Kälte in der Periode der ersten 2—4 Tage. Eine mässige Quantität leichter Speise, kühlende Getränke und Sorge um Fernhaltung der Erectionen durch innerliche Verordnung von Brompräparaten und Kampher vor dem Schlaf, zusammen mit narkotischen Mitteln machen die Grundlage der Behandlung aus. — Schon bei solcher Behandlung nimmt die Blennorrhöe einen milden Verlauf und vergeht in einer Periode von 3 Wochen. Mit Rücksicht auf das blennorrhoische Contagium müssen wir jedoch dieselben antiseptischen Principien anwenden, welche schon in die Therapie aller contagiösen Erkrankungen Eingang gefunden haben. Als locales Desinficiens verdient unbedingt den Vorzug der Sublimat, welches Mittel leider auf die Urethra ziemlich stark einwirkt und daher sehr verdünnt werden muss. Indem ich dasselbe in einer Lösung von 1 : 20.000 und allmählich steigend bis zum Verhältniss von 1 : 5.000 verordnete, gelang es mir in den wenigsten Fällen den Verlauf der Blennorrhöe auf ein Minimum abzukürzen. Unter Hunderten von Fällen kann ich auf einige Fälle hinweisen, wo eine ähnliche Behandlung fast abortiv wirkte, d. h. die eitrige Absonderung hörte auf und die Gonococcen verschwanden nach zwei Tagen seit Beginn der Behandlung, so dass der ganze Verlauf der Blennorrhöe am 5. Tage endete. Diesen Zweck zu erreichen, genügt nicht ein ein- oder zweimaliges Waschen der Urethra mit Sublimat, sondern Patient muss es alle 1–2 Stunden thun, wobei nicht zu vergessen ist, dass zum Schutz der gesunden Partien der Urethra man durch Zusammenquetschen der pars pendula urethrae die einzuspritzende Flüssigkeit nicht tiefer als zu den kranken Partien eindringen lasse.

Nach dem Aufhören der eitrigen Absonderung, d. i. im Stadium der schleimigen Blennorrhöe, oder richtiger des nachfol-



genden Katarrhes, muss Sublimat durch das sanfter desinficirende 3 — 5 % borsaure Natron oder 1 — ½ % Lösung von Carbolsäure mit Zusatz von Adstringentien ersetzt werden; zu diesem Zwecke eignet sich Zincum sulfo-carbol. von 5 bis 10 Gran auf ℥ VI. Aber die Hauptrolle fällt in dieser Periode dem Endoskop zu. Wenn die Blennorrhöe sich in die Länge zieht, diverse Abweichungen annimmt, localisirte Schmerzen oder Hämorrhagien erscheinen, der nachfolgende Katarrh keinem Mittel weicht, dann erscheint die directe Anzeige zur endoskopischen Behandlung.

Wenn wir bei der Untersuchung mit Hilfe des Spiegels finden, dass als Ursache des eitrigen oder schleimigen Ausflusses blennorrhoische Herde vorhanden sind, so werden dieselben durch örtliche Einwirkung stärkerer Sublimatlösungen, 1 : 500 — 1 : 400 in einigen Tagen zerstört. Wenn nun die Blennorrhöe sich durch äusserst veränderte, aufgeschwollene Gewebe der Urethra manifestirt, so kann man mit Erfolg die Anwendung von starken Lösungen von Argent. nitr. von ℈j bis ʒj auf ℥j benützen. Merkwürdig ist die Empfindlichkeit der Urethra selbst gegen schwache Lösungen von Argent. nitricum in Form von Einspritzungen und deren Toleranz selbst gegen das Cauterisiren mit Argent. nitric. in substantia, wenn das letztere beschränkt angewandt wird, wie durch Vermittelung des Endoskops. Noch überraschender ist der Effect der endoskopischen Behandlung der sogenannten wunden Blennorrhöe: Die hartnäckige hämorrhagische Blennorrhöe, welche mit schmerzhaftem Harnen, von kleinen Wunden herrührend, einhergeht, verliert nach vollzogener Cauterisation ihre Schmerzhaftigkeit. — Um auf die Infiltrate und Thrombosen der lymphatischen Wege einzuwirken, ist es indicirt, Jodpräparate in Form von äusserlichen Mitteln (Salben) zu appliciren — am allerbesten Jodoform oder Einreibungen von grauer Mercurialsalbe mit Extr. opii; desgleichen auch compresse échauffante aus schwachen Lösungen der Carbolsäure. Diese Infiltrate müssen umsomehr die Aufmerksamkeit auf sich lenken, weil wenn sie nach dem Verschwinden der charakteristischen Blennorrhöe sich nicht lösen, sondern gewöhnlich persistent werden und zu Stricturen führen.

Die Behandlung der Lymphadenitis muss mit derselben Beharrlichkeit durchgeführt werden, wie diejenige der Infiltrate der Urethra. Absolute Ruhe und frühe Anwendung von Jod oder



Mercurialpräparaten in Form von Pflastern und Salben beugen ihrer Abscedirung vor; wenn aber dieselbe eintritt, so muss man möglichst früh dieselben öffnen und auslöffeln und das Zuheilen auf dem Wege der Granulation dem antiseptischen Verbande überlassen.

Ich will noch einige Worte über den Gebrauch der sogenannten balsamischen Mittel sagen, zu denen Balsam. copaivae, Ol. terebinthinae u. a. gehören. Ich muss ihrer schon deshalb erwähnen, da sie so lange Zeit die Rolle der specifischen Medicamente spielten. Im Laufe der letzten zwei Jahre habe ich mehr als 2000 Fälle aller möglichen Formen und Arten von Urethritis behandelt und war nie bemüssigt, ein Recept mit den genannten Mitteln zu verschreiben, weil die Genesung unter Beihilfe der oben gezeigten wissenschaftlichen Behandlungsarten rasch erreicht wurde.



Fig. 3.

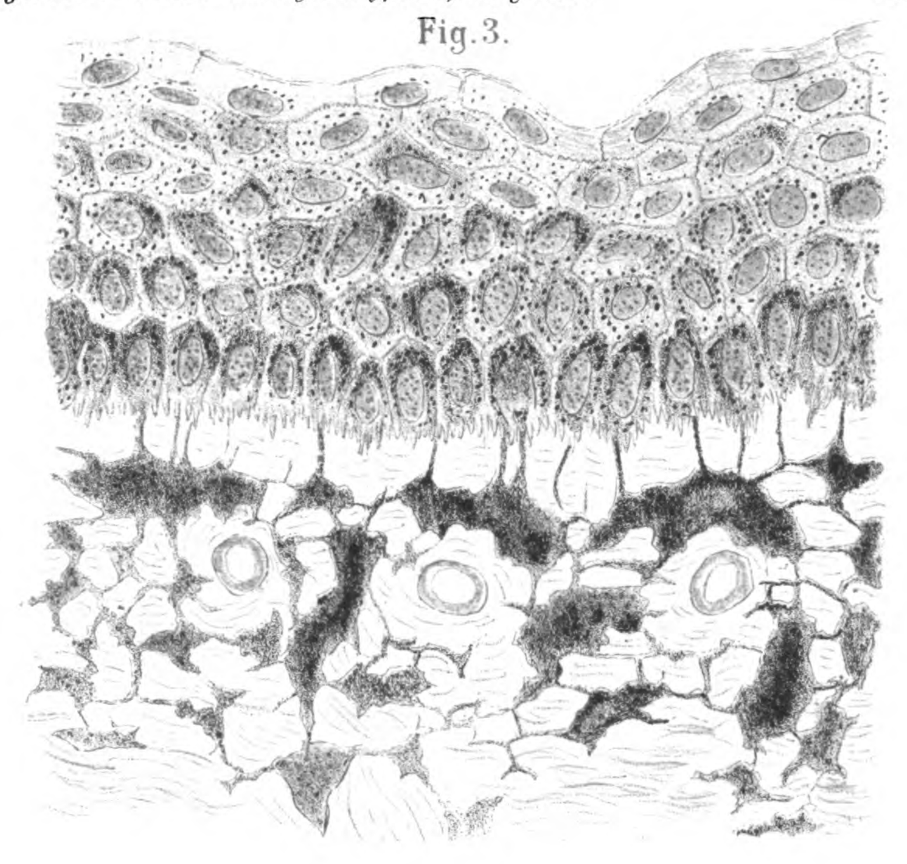
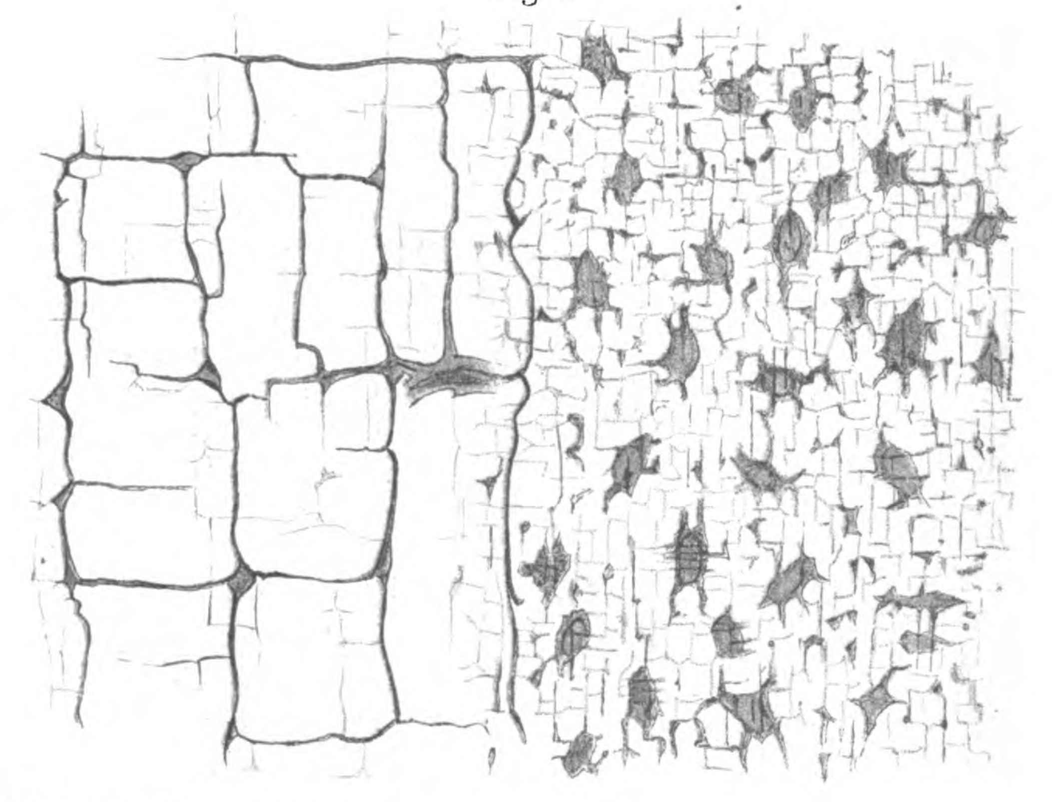


Fig. 4.



Ehrmann: Phys. u. Path. d. Hautpigm.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Hautkrankheiten.

Anatomie, allg. Pathologie und Therapie der Haut.

Bonnet. Mobile Pigmentzellen in der Haut der Fische. (Jahresbericht d. Münchner Thierarzneischule S. 131, 1882/83. — Fortschritte d. Med. 1885. Nr. 3.)

Während von verschiedenen Histologen die Wanderfähigkeit von pigmentirten Zellen bestritten und nur deren Contractilität zugegeben wird, glaubt Bonnet die Locomotionsfähigkeit der ersteren auch beim Fisch ebenso nachgewiesen zu haben, wie schon früher in der Uterusschleimhaut des Schafes. (Deutsche Zeitschr. f. Thiermed. 1880.) S. Original.

Kollmann. Der Tastapparat des Fusses von Affe und Mensch. (Arch. für Anat. und Entwicklungsgesch. I. u. II. Heft. 1885. — Fortschr. d. Med. 1885. Nr. 9.)

An der Fingerbeere der Hand konnte K. die von Purkinje aufgestellten 9 Typen des Leistenverlaufs der Hand (Flexurae transversae, Stria centralis longitud., Stria obliqua, Sinus obliquus, Amygdalus, Spirula, Ellipsis, Circulus, Vortex duplic.) auf zwei reduciren, nämlich auf einen queren und einen bogenförmigen Typus, von denen ersterer durch überwiegenden Längsdruck, letzterer durch den vereinigten Längs- und Querdruck entstanden ist.

Als Tastballen erster Ordnung wurden die 5 Fingerbeeren, als Tastballen zweiter Ordnung die hinter den Fingerinterstitien gelegenen Wülste der Mittelhand (mit longitudinalen Leisten) und als Tastballen dritter Ordnung der Ballen des Daumens und eine Stelle des Kleinfingerballens, die bald kreisförmige, bald weniger auffallende Leistenordnung zeigen, unterschieden.

Alle drei Arten von Tastballen ergaben sich besonders reich an Nervenfasern, wie an Vater-Pacini'schen und Meissner'schen Tastkörpern.

Auch bei den Affen zeigte sich eine grössere Concentration des Tastvermögens auf die Tastballen.

Ein Typus dieser Tastballen erster Ordnung, der bisher nur als ausschliessliches Eigenthum der Affen angesehen wurde (Simiadentypus), fand sich auch beim Menschen.

Ganz entsprechend der Gliederung des Tastapparates der Hand, lässt auch der Fuss von Mensch und Affen Tastballen verschiedener Ordnung erkennen. Die Tastballen erster Ordnung stellen die 5 plantaren Flächen der Endphalangen der 5 Zehen dar. Als Tastballen zweiter Ordnung ist der Ballen plantarwärts vom Hallux und die 3 anderen hinter den Zeheninterstitien gelegenen Wülste des Mittelfusses anzusprechen. Ein Tastballen dritter Ordnung liegt über dem 5. Metatarsalknochen auf der Fibularseite. Ein anderer Tastballen dritter Ordnung findet sich bei mehreren Affenspecies weiter nach hinten auf der tibialen Seite des Fussrandes.

Beim Menschen ist der Verlauf der Leisten an den Tastballen erster Ordnung dem entsprechenden der Hand gleich und nach dem transversalen und bogenförmigen Typus angeordnet.

Die Gyri sind nach dem Typus der Spindeln und Sinus und des Kreises angeordnet. Der tibiale Tastballen zweiter Ordnung, welcher dem Daumenballen der Hand entspricht, liegt weit nach vorn. Seine Gyri sind sehr vielgestaltig (Kreise, Spiralen, Sinuse). Die übrigen 3 Tastballen zweiter Ordnung zeigen die Formen unvollkommener Spindeln.

Am fibularen Tastballen dritter Ordnung findet sich die Figur des Sinus.

Bei den Affen, Halbaffen- und Anthropomorphen sind die Tastballen erster Ordnung die wichtigsten Sitze des Tastvermögens und zeigen die mannigfachsten Figuren der Hautgyri. Die einfachsten Formen finden sich bei einigen Vertretern der Halbaffen im ausgesprochenen longitudinalen Typus.

Auch in der Gestalt der Tastballen zweiter Ordnung und deren Linienfiguren unterscheiden sich die untersuchten Anthropomorphen von den niederen Affen. Bei diesen sind die Linien concentrische oder kreisartige Systeme.



Der fibulare Ballen dritter Ordnung liess fast bei allen untersuchten Affenarten concentrische Figuren erkennen; an den tibialen Ballen dritter Ordnung wurden sie aber häufig vermisst.

Die Tastballen der Halbaffen und niederen Affen sind von denen des Menschen in manchen Beziehungen verschieden, während die Anthropomorphen vielfach menschenähnliche Beziehungen zeigen. Besonders tritt dies an den Tastballen erster Ordnung hervor. Dort liegen bei den Halbaffen ausschliesslich longitud. verlaufende Leisten, bei den niederen Affen finden sich diese nur in der Mitte der Tastballen. Mehr peripher werden die centralen geraden Fascikel von Ellipsen und mehr kreisähnlichen Systemen umgeben.

In den Formen der Tastballen zweiter und dritter Ordnung stehen die erwähnten Anthropomorphen dem Menschen näher als die niederen Affen, da sich bei ihnen die jenen niederen Arten eigenthümlichen zitzenförmigen Polster nicht finden. Die Linien dieser Ballen bilden beim Menschen häufig sinuöse Ringe oder beiderseits geschlossene Figuren. Die concentrischen Systeme, welche bei niederen Affen dort Regel sind und auch bei Anthropomorphen vorkommen, fehlen beim Menschen mit Ausnahme des hinter dem Hallux gelegenen Ballens.

Wie beim Affen Formen der Tastballen erster Ordnung vorkommen, die Uebergänge zu Formen zeigen, die für den Menschen typisch sind, so finden sich auch beim Menschen Formen, die an die typischen der Affen erinnern (Simiadentypus).

Bei einem jungen Individuum wurden am Tastballen erster Ordnung an der grossen Zehe die Zirkelspitzen bei einem Abstand von 8 Mm. getrennt wahrgenommen, an der plantaren Fläche des ersten Gliedes erst bei einer Distanz von 12·5 Mm., in der Mitte der Planta bis 14, am Fersenballen bis 17,5 Mm.

Leloir. Trophoneuroses. (Extrait du nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Sonderabdruck 1885.)

Nach einigen Bemerkungen über die Beziehungen des Nervensystems zur Haut und den pathologischen Vorgängen an derselben recapitulirt L. die Ergebnisse der bekannten Arbeiten von Paget, Weir Mitchell, Morehouse, Keen, Charcot etc. sowie seine eigenen zum grössten Theile schon im Jahre 1881 publicirten Erfahrungen und Ansichten über die Abhängigkeit vieler Hauterkrankungen von primä-



ren Erkrankungen der peripheren Nerven. Auf Grund dieser Erfahrungen zählt L. folgende Krankheitsgruppen als solche trophoneurotischen Ursprungs (wobei Angioneurosen, Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen nicht mit einbezogen werden) auf:

1. Von den chron. Erythemen und oberflächlichen Hautentzündungen
   - A. chron. Erytheme
     - a) trophoneurot.
     - b) glossy skin.
     - c) Pellagra.
   - B. trophoneurot. Hautentzündungen.
2. von den Bläscheneruptionen
   - gewisse Eczemformen.
   - einzelne Herpesformen.
3. von den Blaseneruptionen
   - localisirte Blaseneruptionen.
   - gewisse Pemphigusformen.
4. von den Pusteleruptionen: einzelne Ecthymaformen.
5. von den Geschwüren
   - einzelne trophische Ulcerationen.
   - Mal perforant.
6. Von den Gangränformen
   - symmetr. Gangrän an d. Extremitäten.
   - G. central-nervös. Urspr. (Decub. acut.)
   - G. peripher nervösen Ursprungs.
7. Sclerodermie, Rotz, Trophoneurosis facialis.
8. Lepra.
9. Gewisse Ichthyosisformen.
10. Störungen der Hautpigmentirung
    - Vermehrung d. P.
    - Verminderung d. P.
    - Vitiligo.
11. Krankheiten der Adnexe
    - der Nägel.
    - der Haare.
    - der Drüsen.

Jede dieser Krankheitsgruppen bespricht L. eingehend und führt fremde und eigene, zum Theil noch nicht publicirte Beobachtungen an.

Für alle diese Affectionen nimmt Leloir als erwiesen an, dass sie „unter gewissen Umständen von Erkrankungen des Nervensystems abhängen".

Viele Hauterkrankungen sind Folgen von primären Veränderungen im Gehirn, Rückenmark, in den hinteren Wurzeln, Spinalganglien und den peripheren Nerven. Die primäre Erkrankung der letzteren ist sehr häufig und wird oft die Ursache von Trophoneurosen der Haut, wie dies Schwimmer, Pitres und Vaillard, Dejerine, Ballet, Arnozan u. A. in der letzten Zeit ausgiebig erörtert haben.

Ueber den Vorgang, durch welchen die verschiedenen Hautaffectionen bei Erkrankung der Nerven hervorgerufen werden, spricht sich L. nicht bestimmt aus. Die vasomotorischen Störungen hält L. nur für eine „unterstützende Ursache", die Annahme eigener trophischer Nerven scheint ihm unberechtigt.

Eine systematische Eintheilung der Hautkrankheiten, welche auf nervöser Basis entstehen, hält L. vorläufig für verfrüht.

L. bespricht hierauf die Resultate des mit Bezug auf die Nervenerkrankung angewendeten therapeutischen Verfahrens, speciell der Elektricität, des Atropin, Ergotin etc. und weist schliesslich auf die Möglichkeit hin, dass man, durch eine der angeführten Hautaffectionen angeregt, gewisse nervöse Leiden, welche sonst unerkannt geblieben wären, in gewissen Fällen diagnosticiren könne.

Die gegen die Stichhaltigkeit vieler der Thatsachen, auf welche L. seine Theorien gründet, von Auspitz u. A. seiner Zeit erhobenen Einwendungen blieben in L.'s Arbeit völlig unberücksichtigt. Riehl.

Costa. Das Traumaticin bei einigen Hautkrankheiten. (La Salute, Italia med. 1885. Giorn. ital. delle mal. ven. e delle pelle März, April 1885.)

Nach Versuchen, die auf Campana's Klinik angestellt wurden, erwies sich das Traumaticin ebenso als Deckmittel, als elastisch-comprimirendes Mittel, wie als Vehikel für andere Medicamente zweckmässiger als Collodium, Gelatine etc.

Chrysarobintraumaticin wurde nach Auspitz's Angabe bei Psoriasis, Pityriasis versicolor, Lepra erythematosus, Schwefeltraumaticin bei Acne mit vorzüglichem Erfolge angewendet. Ebenso erwies sich einfaches Traumaticin in 3 Fällen von Epididymitis als comprimirendes Mittel sehr erfolgreich. Finger.

Wyndham Cottle. Cocain bei Hautkrankheiten. (British medic. Journ. 7. Februar 1885.)

Vf. berichtet über 2 Fälle: 1. Eine Frau, die von ausgebreitetem Lichen planus befallen war, der wegen der heftigen örtlichen Irritationserscheinungen ihr allen Schlaf raubte, der nur mittelst Narcoticis zu erzielen war. Eine 4 % Lösung von Cocainum muriaticum wurde mehrmals erfolglos eingepinselt. — 2. Eine Dame, die an heftig juckendem Eczem der Extremitäten litt, wurde mit 5 % Cocain-Vaselinsalbe eingerieben und es trat Erleichterung ein. Vf. schliesst



daraus, das Cocain, um gegen Jucken erfolgreich angewendet zu werden, müsse in Salbenform oder öliger Lösung ohne Scheu eingerieben werden können und nur dort, wo die örtlichen Erscheinungen dies gestatten, sei Erfolg zu erwarten. Finger.

Einfache (oberflächliche und tiefgreifende oder phlegmonöse A.) Hautentzündungen.

Unna. Das Eczem im Kindesalter. (Deutsche Medicinal-Zeitung Heft 12, Berlin 1884.)

Unna erörtert in der vorliegenden Abhandlung hauptsächlich die zwei für den praktischen Arzt wichtigsten Fragen der Aetiologie und Therapie des Eczems.

U. vertritt weder den Standpunkt der Franzosen (und Bulkley's), welche sich jedes Eczem auf innere Ursachen basirt denken, noch den Standpunkt derjenigen Aerzte, welche im Eczem eine ausschliesslich locale Hauterkrankung erblicken, und versucht die zahlreichen Formen des schon im Kindesalter vielgestaltigen Eczems auf ätiologischer Basis in ein System einzureihen. U. unterscheidet 3 grosse Gruppen. Die erste derselben umfasst alle durch in der Haut selbst liegende Ursachen hervorgebrachten Eczeme; als Hauptformen führt er an: Fettsucht, Hypertrophie der musculo-elastischen Elemente mit abnorm starker Verhornung der Epidermis, ferner Hypersecretion der Knäueldrüsen und der an die Haut grenzenden Schleimhäute.

Die zweite Gruppe enthält die durch äussere Ursachen bedingten Eczemformen: Physikalische und chemische Reize, Parasiten etc.; ferner einzelne mit besonderen Eigenthümlichkeiten ausgestattete (wahrscheinlich parasitäre) Formen, wie: E. flexuarum (H. Hebra), E. psoriatiforme, E. seborrhoicum, E. bullosum, E. paratypicum. In die dritte Gruppe werden die auf inneren Ursachen beruhenden Eczeme eingereiht: E. herpetiforme, Lichen urticatus, E. papulosum universale, Reflexeczem.

Für die meisten Eczeme der letzten Gruppe nimmt U. Störungen der Innervation als Ursache an und räumt speciell der Dentition einen hervorragenden Platz unter den ev. eczemerzeugenden Momenten ein.

Im zweiten Abschnitt seiner Abhandlung bespricht U. eingehend die Eigenschaften, Wirkungsweise und Indicationen der in der Eczemtherapie gebräuchlichen Mittel und skizzirt den für die einzelnen



Eczemformen seines Systemes am vortheilhaftesten einzuhaltenden Vorgang in der Anwendung der vorher besprochenen Heilmittel.

Auf die detaillirt beschriebenen und motivirten therapeutischen Vorschläge des Autors näher einzugehen, ist im Rahmen eines Referates nicht leicht durchführbar. Riehl.

R. W. Taylor. Behandlung von Eczema marginatum und Herpes tonsurans. (Journ. of cut. and ven. diseases. Vol. II. Nr. 2. 1885.)

T. behandelt Eczema marginatum und Herpes tonsurans mit Sublimat in einer Lösung desselben in Myrrhen- oder Benzoetinctur (0·5 : 60·0). (Da nach Verdunstung des Alkohols eine dünne, der Haut innig anhaftende Harzschicht zurückbleibt, so entsteht ein Gefühl von Spannung der Haut, was wohl kein Vortheil dieser Behandlung ist.) Horovitz.

White. Dermatitis in Folge von Arsenpräparaten. (The Boston med. and surg. Journ. November 1884.)

Der erste Fall betraf einen stud. med., welcher an beiden Flachhänden dichtgedrängte, kleine, hirsekorn- bis erbsengrosse Bläschen aufwies; der Kranke hatte wenige Tage vorher Spielkarten benützt, deren Rückseite mit Arsengrün bemalt war. Nach zwei Wochen war Heilung eingetreten.

Die zweite Beobachtung bezieht sich auf einen anämischen Mann, welcher einige Tage hindurch mit Stoffen zu thun hatte, deren Emballage mit Arsengrün gefärbt war. Der Kranke zeigte die Symptome eines hochgradigen acuten Exanthems an den Händen, Vorderarmen und im Gesicht, konnte mehrere Tage lang die Augen nicht öffnen. Während des Stadiums der Krustenbildung wurden Fiebererscheinungen beobachtet. Heilung nach 3 Wochen.

Der dritte von White als zweifelhaft angeführte Fall betraf eine junge Frau mit zarter Haut, welche 8 Tage nach ihrer ersten Entbindung an einem über den Rumpf zerstreuten Ausschlag erkrankte. Wh. fand, in der 3. Woche consultirt, ein Herpes tonsurans-ähnliches Exanthem, das er als Pityriasis maculata et circinata diagnosticirte. Unter Anwendung von Kalium aceticum und kühlenden Waschungen heilte das Exanthem, das circa 6 Wochen bestanden hatte. Bald darauf erkrankte der sonst gesunde Säugling an eczemähnlichen Erscheinungen, die sich fast über die ganze Haut erstreckten, und an profuser



Diarrhöe. Das Körpergewicht des Kindes nahm ab. Nach einiger Zeit entdeckte Wh., dass das Gemach, in welchem der Säugling sich befand, mit Arsengrün-hältigen Tapeten verkleidet war; Wh. veranlasste die Uebertragung des Kindes in eine andere Stube und bald darauf genas dasselbe. Da auch die Mutter des Kindes in dem mit arsenhältigen Tapeten versehenen Zimmer entbunden und die ersten Wochen ihres Puerperiums zugebracht hatte, glaubt Wh. die Hauterkrankung an Mutter und Kind auf Rechnung des Arsens setzen zu müssen (!).

Riehl.

Pietsch. Zur Kenntniss der Complicationen und Nachkrankheiten des Erysipels. (Inaug.-Diss. Berlin 1884.)

P. beobachtete auf der Klinik von Frerichs einen Fall von vorübergehender Parese beider Ober- und Unterextremitäten nach Erysipel. Ein Mädchen von 15 Jahren erlitt nach einem Erysipel der linken Gesichtshälfte in Paroxysmen auftretende durchschiessende Schmerzen; nach 4 Monaten plötzlich eine Paralyse der Arme, dann der Beine, gleichzeitig mit Sensibilitätsstörungen. Die elektrische Erregbarkeit blieb erhalten und der Lähmungszustand ging nach etwa $1^1/_2$ Jahren in völlige Heilung über.

Horovitz.

Rheiner. Beiträge zur pathologischen Anatomie des Erysipels. (Virchows Archiv. Bd. 100. Heft 2. 1885.)

Rheiner hat in einem Falle von Erysipelas traumaticum und in zweien von Erysipelas, das im Verlaufe von Typhus aufgetreten war — alle drei tödtlich verlaufen — vergleichende anatomische Untersuchungen gemacht. Bei dem ersten fanden sich ausser den gewöhnlichen Zeichen der Dermatitis enorme Anschoppungen von Coccenmassen in den Saftkanälchen und Lymphspalten des subcutanen Binde- und Fettgewebes und des Coriums, sämmtliche Coccen gleich gross, einzeln aber als Diplococcen oder in Ketten. Diese Coccen fehlten in den analogen Gewebspartien des typhösen Erysipels vollständig, dagegen fanden sich Stäbchen, die genau mit den Klebs'schen Typhusbacillen übereinstimmten. Rh. weist auf die alte Unterscheidung des E. traumaticum und idiopathicum hin und dass die Bestätigung seiner Angaben in weiteren Fällen eine solche Unterscheidung rechtfertigen würde.

Caspary.

Robinson. Ueber Acne rosacea. (Brit. med. Journ. 1855. 17. Jan.)

Vf. schickt einige einleitende Bemerkungen über die bedeutende



Vascularisation der Nasen- und Wangenhaut voraus, und bespricht hierauf die Terminologie des Wortes Acne rosacea. Die Entstehung der Acne rosacea führt er auf lange dauernde venöse Hyperämie der Nase und Wange zurück, die besonders meist nach dem Essen, infolge qualitativ und quantitativ unzweckmässiger Nahrung sich einstelle. Er ist nämlich der Ansicht, dass diese venösen Hyperämien des Gesichts mit Irritationszuständen der Schleimhäute, besonders des Magens zusammenhängen. Für diesen Zusammenhang der Vascularisation des Gesichts und Veränderungen der Magenschleimhaut führt er einige Analoga, Seekrankheit, Cholera an und leitet ihn auf nervöse Einflüsse zurück, die sich in den Gefässen des Gesichts ja sehr auffallend unter anderen Umständen äussern.

Vf. will die Acne rosacea nicht als rein papulöse Exanthemform (?) auffassen, sondern unterscheidet 3 Formen:

1. Congestive Acne rosacea, jene Form, wo röthliche Flecke meist umschriebene Stellen der Wange, Nase und Stirne einnehmen und wo die Röthung sich auch manchmal über das ganze Gesicht ausbreitet, die meist nach dem Speisen auftritt und während des Nachmittags im warmen Zimmer deutlich sichtbar ist. Die Röthung, die anfangs nur vorübergehend ist, wird immer deutlicher, gesättigter, geht manchmal ins Bläuliche über und ist von leichter Abschuppung gefolgt.

2. Jene Form, wo ausser den erythematösen Efflorescenzen noch kleine Knötchen auftreten, die bei Weibern zur Zeit der Menses intensiver werden, deren Röthung mit der Zeit zunimmt. Ein grosser Theil recidivirender Erytheme und Erysipele gehört nach dem Verf. hierher.

3. Jene Form, wo neben Erweiterung der Gefässe und dem papulösen Exanthem sich auch Hypertrophie des Bindegewebes und oft ganz groteske Verbildungen vorfinden. In diesen Fällen nehmen die drüsigen Bestandtheile der Haut intensiven Antheil und die Talgdrüsen befinden sich in den verschiedensten Perioden der Entzündung. Diese Form unterscheidet sich absolut nicht von der Elephantiasis. Das Zustandekommen dieser Form erklärt er aus den Congestionen, an die sich Entzündung des Papillarkörpers, oft mit dem Ausgang in Vereiterung anschliesst, während die Ernährung der Haut in Folge der Congestion zunimmt und zu Hypertrophie führt.

In der Therapie legt er den Hauptwerth auf Regelung der Diät, Beseitigung von Reizzuständen des Magens, Vermeidung von



Irritation der Gesichtshaut durch Wasser, Luft, Sonnenhitze. Oertlich applicirt er Bismuth, Bisulfas Mercurii, Präcipitalsalben und heisse Wasserumschläge, innerlich Bicarbonas Sodae, Arsen, Leberthran.

Finger.

Stelwagon. Therapie der Acne indurata. (Journ. of cutan. and venereal diseases. Vol. II. Nr. 2. 1885.)

Die Heilung der Acne indurata erfordert immer Localbehandlung, neben welcher eine passende Allgemeinbehandlung eingeleitet werden soll. Von localen Mitteln sind vor Allem die operativen Methoden wirksam. Zunächst ist die Eröffnung der Abscesse und die Scarification durch Stiche, am besten mit einem spitzen Tenotom vorzunehmen; andere empfohlene Instrumente bieten keinen Vortheil. Die Punction muss entsprechend tief und bei grösseren Knoten an mehreren Punkten vorgenommen werden. Nach derselben wird heisses Wasser — so heiss, dass es eben noch vertragen wird — mittelst Schwamm oder Flanelllappen auf die scarificirten Stellen gebracht und bis 10 Minuten lang mit diesen in Berührung gelassen. Die Scarificationen werden nach 4—5 Tagen wiederholt; in der Zwischenzeit eine indifferente Salbe angewendet.

Unter dieser Methode heilen geringgradige Acneformen. Für hartnäckigere Fälle empfiehlt Verf. die Scarificationswunden mit Hydrarg. nitric. oxyd. in 10—20% Lösung mittelst Holzstäbchen zu betupfen. Dieses etwas schmerzhafte Verfahren producirt häufig beträchtliche Irritation, nach deren Ablauf Zinksalbe (oder Aehnliches) angewendet wird. Statt des Quecksilberpräparates kann mit gleich günstigem Erfolge (bei geringerer Schmerzhaftigkeit und Schorfbildung) concentr. Carbolsäure in derselben Weise verwendet werden. Für sehr derbe, nicht vereiternde Knoten empfiehlt St. das Auskratzen derselben mit dem scharfen Löffel. Auch die Elektrolysis kann zur Behandlung der Acne verwendet werden, erzielt aber geringe Erfolge; man wendet sie in derselben Weise wie behufs Entfernung verunstaltender Haare an.

Für Kranke, welche die Anwendung schneidender Instrumente scheuen, können Hydrarg. nitr. oxyd. (20% Lös.), Carbolsäure (95%) oder Sublimat (1 — 4%) in der Weise verwendet werden, dass die einzelnen Knoten mehrmals mit einer dieser Lösungen bepinselt werden, bis acute Entzündung auftritt, nach deren Ablauf neuerlich bepinselt wird, bis alle Knoten geschwunden sind.

Neben diesem local verwendeten Verfahren soll immer eine All-



gemeinbehandlung eingeleitet werden, da durch die Combination beider eine definitive Heilung und Ausbleiben der Recidive erzielt wird.

Als häufigste Ursache führt St. Verdauungsstörungen, Krankheiten des Genitalapparates und Scrophulose an. Diese Krankheiten sollen den bekannten Principien entsprechend behandelt werden. Als das für die meisten Fälle passende und erfolgreichste Medicament bezeichnet St. den Leberthran. Riehl.

Stelwagon. Simulation einer entzündlichen Hautkrankheit. (Arch. of Dermat. Juli 1882.)

Die Zahl der bekannten Fälle von Simulation einer Hautkrankheit ist eine sehr geringe; erst in den letzten Jahren wurden mehrere Fälle veröffentlicht. Der Grund dürfte weniger in der Seltenheit des Vorkommens derartiger Simulationen als in dem Umstande gelegen sein, dass die meisten derartigen Fälle bei hysterischen Personen vorkommen, und daher nur selten von Dermatologen gesehen werden.

St. beobachtete einen solchen Fall an einem blassen hysterischen Mädchen von 19 Jahren. Dasselbe zeigte an den Beugeseiten beider Vorderarme je zwei circa 3 Zoll lange und $^1/_2$ Zoll breite, mit Krusten belegte parallele Streifen, welche circa $^1/_4$ Zoll von einander abstanden. Die Krusten waren dünn, trocken, rothbraun, hafteten fest an der Unterlage und waren von einem schmalen entzündlichen Hofe umrandet. Aehnliche Streifen waren an der Streckseite des l. Vorderarmes und an den Unterschenkeln vorhanden. An letzteren waren die Krusten im Abfallen begriffen, die darunter gelegene Haut ein wenig geröthet und frisch überhäutet. Das Mädchen war wegen ähnlicher Erscheinungen an verschiedenen Orten seit 3 Monaten in Behandlung gestanden. Die Heilung wurde jedesmal rasch erzielt, doch entstanden bald darauf wieder neue Plaques. Durch die merkwürdige Anordnung und Form der Krusten und durch die evident hysterischen Erscheinungen, welche das Mädchen zeigte, aufmerksam gemacht, glaubte St. anfangs, dass die Hautaffection von dem Mädchen durch Kratzen mit den Fingernägeln hervorgebracht wurde. Die letzteren erwiesen sich aber als so kurz abgebissen, dass an diese Erklärung nicht weiter zu denken war. Das Mädchen gestand schliesslich, dass es durch circa 1 Stunde lang fortgesetztes sanftes Reiben mit den Fingerbeeren des Zeige- und Mittelfingers sich die Läsionen selbst zufüge, und gab als



Grund für diese sonderbare Thätigkeit eine angenehme Empfindung während des Reibens und manchmal auftretenden unwillkürlichen Drang, sich auf diese Weise die Haut zu irritiren, an. **Riehl.**

Jousseaume und **Mégnin**. Dasselbeule. (Dermatobia noxialis J. Goudot, chez l'homme, à Paris. Bull. de la soc. zool. de France pour l'année 1884. 1. et 2. parties. p. 11. — Centralblatt f. Chir. Nr. 13, 1885.)

Ein Mann, der vor einigen Wochen aus Guatemala, wo er Minenaufseher war, nach Paris zurückgekehrt, bemerkte, dass an der mittleren, äusseren Partie seines linken Schenkels sich eine furunculöse Anschwellung entwickelte. Dieselbe vergrösserte sich bis zu einem Durchmesser von 6 Ctm. Sie war von violettrother Farbe und zeigte auf der Höhe eine kleine Zuspitzung mit einer feinen Oeffnung, aus welcher etwas Feuchtigkeit aussickerte. Durch die lancinirenden Schmerzen, welche die Anschwellung häufig verursachte, belästigt, übte Patient eines Tages eine starke seitliche Compression auf sie aus und entleerte sofort eine weisse, mit wurmartigen Bewegungen begabte Larve, welche noch mehrere Tage im Wasser lebte. Sie hatte die Form einer kleinen Flasche, d. h. sie bestand aus einem kugelig verdickten und einem zu einem Halse verlängerten Theil. Ersterer trug den mit zwei starken Haken bewehrten Mund und sechs mit feinen, am Rücken dichter stehenden Stacheln besetzte Ringe. Der verschmälerte Theil war kahl und besass zwei Stigmata. Es war auch in der Geschwulst dieser hintere Theil nach der Peripherie gekehrt, weil sonst das Thier nicht hätte athmen können. Seine Länge betrug 12 Mm., seine Breite 5 Mm. Somit documentirte sich die Geschwulst als sogenannte Dasselbeule, und der in derselben lebende Wurm als Larve der Dasselfliege, Oestrus hominis. Die Larve befand sich in dem zweitem Stadium ihrer Entwicklung. Später wird sie regelmässig eiförmig. Eine solche entfernte Robin aus dem Schenkel einer aus Amerika kommenden Dame und brachte damit eine Reihe sehr schwerer nervöser Beschwerden zum Schwinden. Das erwachsene Thier ist eine stahlblaue Fliege von 15 Mm. Länge. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Larve schon in Guatemala in die Haut des Pat. eingewandert ist, da die Thiere sehr lange Zeit in der Haut leben können.



Angioneurosen der Haut (Dermatosen mit vorwaltend ausgeprägter Störung des Gefässtonus A.).

Warner. Urticaria und Asthma. (Brit. med. Journ. 7. März 1885.)

Warner berichtet über einen Fall, in dem im Verlaufe einer Urticaria mehrmals asthmatische Anfälle auftraten. Nachdem er im Verlaufe derselben Erkrankung mehrmals Urticariaefflorescenzen auf der Schleimhaut des Rachens vorfand, ist er der Ansicht, dass eine Eruption von Urticaria-Quaddeln auf der Bronchialschleimhaut das Asthma verschuldet habe. Finger.

Neisser. Ueber Jodoformexantheme. (Deutsche med. Wochensch. Nr. 30. 1884.)

Aehnlich wie andere Beobachter hat auch N. nach äusserer Application des Jodoforms erythematöse, vesiculöse und krustöse Exantheme gesehen. Es scheint, dass das Exanthem nur bei eine Idiosynkrasie gegen Jodoform besitzenden Patienten zur Entwicklung kommt. Die innere Darreichung hat bei zwei Individuen keinerlei Exanthem hervorgerufen. Zur Behandlung empfiehlt N. neben sorgfältiger Vermeidung jeder weiteren Berührung mit Jodoform Umschläge mit einer 5%igen Lösung von essigsaurer Thonerde oder Waschung mit 2% Carbolspiritus und nachträgliche Aufpulverung von Streupulvern.

Horovitz.

Stelwagon. Ueber Erythemeruption nach Chlorkaligebrauch. (The Medical Record. Juli 1883.)

Ein an Syphilis leidender Mann, der mit kleinen Dosen Sublimat (innerlich) behandelt wurde, bekam Papeln an der Mundschleimhaut. St. ätzte dieselben mit Argent. nitricum in Substanz und verordnete vorsichtshalber Chlorkali in Form von Tablets (zu 5 Gran) mit der Weisung, dieselben in der Mundflüssigkeit zerfliessen zu lassen. 4 Tage später präsentirte sich der Kranke mit einem maculopapulösen Erythem, das am Stamm, Nacken und besonders intensiv in der Schultergegend aufgetreten war. Die Form des Erythems erinnerte an E. multiforme und verursachte keine subjectiven Beschwerden. St. glaubte anfangs, die obwohl schon lange verabreichten und relativ geringen Dosen von Sublimat seien die Ursache des Erythems.

Das Erythem war in 2 Tagen verschwunden, zu derselben Zeit waren auch die Papeln an der Mundschleimhaut geheilt und die Tablets verbraucht. Inzwischen wurde die Sublimat-Therapie fortgesetzt. Sechs

Wochen später kamen neuerdings Papeln an der Schleimhaut zur Eruption; St. verordnete wieder den Gebrauch von Chlorkali und 3 Tage später stellte sich der Kranke neuerdings mit Erythem an Rumpf und Beinen vor. Der Kranke hat später noch zweimal durch einige Tage die vorgeschriebenen Tablets gebraucht und jedesmal folgte ihrer Anwendung (in toto 75—100 Gran) Erythemausbruch.

St. hält sich nach dieser Beobachtung für berechtigt, die Erythemeruptionen in diesem Falle als Arzneiexanthem in Folge der Anwendung des Chlorkali anzusehen.

Breda. Elektrotherapie in einem Fall von angioneurotischem, bullösem Erythem. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. März, April 1885.)

M. A. 22 Jahre alt, verheiratet, kinderlos, gut genährt, leicht anämisch, lymphatischer Constitution, bietet seit 8. März 1884 ein afebriles, von heftigen Schmerzen in der kranken Gegend begleitetes Exanthem dar. Auf einem thalergrossen Hautstück liess sich ein intensiver, bei Berührung sehr heftiger Schmerz fühlen, welcher am Punkte, an dem sich später die Efflorescenz entwickelt, am stärksten war. Diesem fixen Schmerz gesellte sich bald ein zweiter von neuralgischem Charakter hinzu, welcher weit ausstrahlte. Nach zweistündlichem bis dreitägigem Bestande der Schmerzen entwickelt sich Schwellung im subcutanen Gewebe. Diese Infiltration schreitet rasch bis in die Cutis empor und stellt hier einen dem Erythema annulare ähnlichen Ring dar, über dem die Haut gelbröthlich gefärbt, wie transparent ist, und in welchem die Haarfollikel und Austrittstellen der Haare dellenförmige Depressionen darstellen. Dieser Ring schreitet rasch von aussen nach innen vor, der Schmerz wird intensiver, bis endlich am Rand der erkrankten Partie kleine Bläschen aufspringen, die rasch confluiren, sich in eine annulare Blase umwandeln, welche das gelbliche Centrum umgreift. Auch auf diesem entwickeln sich weitere Bläschen, die endlich alle zu einer grossen Blase zusammenfliessen. Solche Blasen hatten sich in Zwischenräumen von wenigen Tagen zu je einer oder zweien an den oberen und unteren Extremitäten gebildet und waren von heftigen ausstrahlenden Schmerzen entlang derselben begleitet. Vom 15. August an Behandlung mit dem galvanischen Strom, Anode im Nacken, Kathode an die sich bildenden Efflorescenzen, bringt die sich bildenden Efflorescenzen zum abortiven Verlauf, lindert

die Schmerzen. Im October 1884 verlangt Pat. ihre Entlassung, kehrt im November mit einer Recidive wieder. Die Behandlung bestand diesmal in der Anwendung des galvanischen Stromes nach der Methode von Beard und Rockwell. Anode feucht, am Nacken. Füsse in einem Bade, in das die Kathode gesenkt wird. Heilung Anfang Jänner 1885. Verf. hebt hervor, dass der Fall einmal seines Verlaufes wegen, und dann wegen des therapeutischen Resultates interessant ist, indem der elektrische Strom sowohl den Schmerz lindert, als die Efflorescenzbildung hindert. Die Diagnose betreffend unterscheide sich die vorliegende Erkrankung durch den Sitz im subcutanen Gewebe von Zoster und Pemphigus, durch den Verlauf von der Peripherie nach dem Centrum von Urticaria und Herpes. Die Localisation an den Extremitäten, das Auftreten weniger Efflorescenzen, die vielen Recidiven, die Gleichheit der einzelnen Efflorescenzen und die Betheiligung des subcutanen Gewebes sprechen dafür, dass es sich um eine Form von abweichend verlaufendem Erythem handle.

Riehl.

Berthet. Vaccine et Variole. (Paris 1884. Monographie.)

B. hat es sich zur Aufgabe gestellt, die Beziehungen der Vaccine zur Variola und speciell die Frage, ob Vaccine nur eine Modification der Variola oder als eine Krankheit sui generis zu betrachten ist, klarzulegen. Die grössere Hälfte seiner umfangreichen Monographie widmet der Autor historisch-kritischen Erörterungen, namentlich der Entdeckung Jenner's und den späteren die Frage berührenden Arbeiten bis zu den letzten Publicationen über den Mikroorganismus der Vaccine (Klebs, Strauss, Pincus, Quist) und über die Thierversuche Warlomont's.

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass verschiedene Contagien, unter welche nach Chauveau auch das Vaccinegift zu zählen ist, je nachdem sie in die Cutis eingeimpft oder direct in die Blutbahn gebracht werden, sehr differente Wirkung ausüben, so dass das Blut der Versuchsthiere einen die Wirkung des Contagiums abschwächenden Einfluss auszuüben scheint. Pasteur gelang es, gewisse Mikroben (Hühnercholera) in solche specielle „Racen" umzuzüchten, welche nicht mehr das ursprüngliche Krankheitsbild zu erzeugen, dagegen die damit geimpften Thiere gegen diese Krankheit selbst immun zu machen vermochten.



Durch diese Erfahrungen wurde die scheinbar schon endgiltig entschiedene Frage der Selbstständigkeit der Vaccine als Krankheitsform eines neuerlichen Beweises bedürftig. Um diesen zu erbringen, machte Berthet unter Leitung Chauveau's (Lyon) eine Reihe von Versuchen an Pferden — der für Vaccine empfänglichsten Thierspecies — welchen er unter den gebräuchlichen Cautelen noch nicht eitrig gewordenen Pustelinhalt von blatternkranken Menschen mittelst Pravaz-scher Spritze direct in die Vena jugularis injicirte. Von 14 Versuchsthieren verendeten 2 an intercurrenten Krankheiten. 3 Pferde bekamen nach der Injection von $^1/_2$ Spritze etwas eitrigen Pustelinhaltes keine Eruption von Efflorescenzen an der Haut, eine später vorgenommene Impfung mit Vaccine gab positive Resultate. Bei zwei anderen Pferden konnte an den Prädilectionsstellen keine Efflorescenz wahrgenommen werden, die spätere Vaccineimpfung blieb jedoch erfolglos. Dagegen trat bei den übrigen 7 Versuchsthieren eine förmliche Variolaeruption auf und blieb die folgende Vaccineimpfung ohne Resultate. Zur Controle wurden von den Pusteln dieser letzten Thierreihe Ueberimpfungen auf Controlthiere gleichzeitig mit Vaccineimpfungen vorgenommen. Ausnahmslos entstanden an den mit Vaccine geimpften Stellen wirkliche Vaccinepusteln, während die Impfung mit dem Pusteleiter der 7 Versuchsthiere gar keine Folgen nach sich zog.

Wäre nach der Annahme der Unitarier — schliesst B. — die Vaccine nur modificirte Variola, dann hätten die Pferde, welchen Blatterngift direct in die Blutbahn eingebracht wurde, durch die abschwächende Kraft des Blutes Vaccine bekommen müssen, die ihrerseits als solche überimpfbar sein müsste. Nun haben aber die 7 Pferde der Versuchsreihe wahre Variolaeruptionen bekommen, und der Pusteleiter dieser Eruptionen erzeugte an Controlthieren keine Vaccine. Der Versuch zeigt also, dass Variola auch durch die abschwächende Kraft des Blutes nicht in Vaccine umgewandelt werden kann; und man daher keine Berechtigung hat, Vaccine und Variola für identisch oder nur graduell verschieden zu erklären. Riehl.

Haussmann. Ueber eine bei der Pocken-Impfung bisher übersehene Infectionsmöglichkeit. (Berliner klin. Woch. Nr. 15. 1885.)

Haussmann hält es für möglich, dass bei dem Ausblasen nicht ganz gefüllter Lymphröhrchen Krankheitskeime aus der Mundhöhle



des Arztes (krankhafte Beimengungen des Speichels, zersetzte Speisereste) der Lymphe zugesellt werden und räth, den Inhalt des Röhrchens durch den Luftdruck einer mit demselben verbundenen Pravaz-schen Spritze auszutreiben. Caspary.

Stauungs-Dermatosen (Dermatosen mit vorwaltender passiver Circulationsstörung A.).

Giovannini. Symmetrische Gangrän der Finger. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. Jänner, Februar 1885.)

Giovannini berichtet über den folgenden Fall: O. P., 59 Jahre alt, Schuster. Der Vater starb, 70 Jahre alt, an Apoplexie, die Mutter 73 J. alt, an Lungenentzündung. Fünf seiner Brüder starben als Kinder an unbekannten Krankheiten, vier Geschwister leben. Als Kind litt Pat. an Morbilli, Variola, von seinem ersten bis siebenten Lebensjahre an scrophulösen Drüsenvereiterungen am Halse. Mit 25 Jahren hatte er ein Geschwür am Genitale mit Drüsenvergrösserung und pustulösem Syphilid, das ohne Behandlung schwand. Später litt er an Wechselfieber und auch viel an Herzklopfen. Anfangs Februar 1884 begann er in den Phalangen des linken Zeigefingers ein eigenthümliches Gefühl der Kälte zu verspüren, das sich weniger als einen Monat später auch am rechten Zeige-, Ring- und kleinen Finger einstellte.

Die Tastempfindung der erkrankten Phalangen war bedeutend herabgesetzt. Aehnliche Empfindungsanomalien hatte er auch an den Zehen. Ende Mai 1884 fühlte er in den befallenen Fingern, besonders in den Ballen derselben heftige Schmerzen, besonders bei Berührung, gleichzeitig wich die bisherige auffallend blasse Farbe derselben einem intensiven Blauroth. Bewegung derselben war durch den heftigen Schmerz unmöglich, die Epidermis der schmerzhaften Partien hatte sich verdickt, war rauh anzufühlen, jene des linken Zeigefingers stiess sich an grossen Lamellen ab, worauf in diesem Finger jeder Schmerz schwand. Ende Juni 1884 begann ein Eiterungsprocess um den Nagel des Mittelfingers der rechten Hand, der Eiter brach sich unter dem Nagel des Mittelfingers Bahn, indem er auch einen Theil der Haut des Fingerballens unterminirte. Dieser Eiterungsprocess war von pulsirenden Schmerzen begleitet, die sich bis auf die innere Fläche des Vorderarmes erstreckten.



Status praesens: vom 16. Juni. Das Knochenskelet des Pat. normal, Musculatur mässig entwickelt, subcutanes Fett spärlich, Haut blass, leicht faltbar. Die Haut der Rückenfläche der letzten Fingerphalangen ist blauroth, wesentlich verschieden von der Färbung der anderen Haut. Der rechte Zeigefinger zeigt um den Nagel herum in der Lunula gelbliche Verfärbung. Druck auf diese Stelle bereitet dem Pat. Schmerz. Die Epidermis des Ballens desselben Fingers ist verdickt, die Tastempfindung daselbst herabgesetzt, ebenso wie die Schmerzempfindung, ein ähnlicher perilunularer, gelblicher Hof findet sich am Mittelfinger derselben Hand, daselbst ähnliche Verdickung der Epidermis, Herabsetzung der Tast- und Schmerzempfindung. An der Kuppe der Nagelphalanx fehlt die Epidermis und ist durch fungöse, reichlich eiternde Granulationen ersetzt. An den Phalangealenden von Ring und kleinem Finger ist die Epidermis nur verdickt, daselbst die Tast- und Schmerzempfindung herabgesetzt. Der Zeigefinger der linken Hand ist entsprechend der ganzen Ausdehnung der Nagelphalanx seiner Epidermis beraubt, doch die Tastempfindung desselben normal. Bewegung der Phalangen mit Ausnahme des rechten Mittelfingers intact. Die grosse Zehe des linken Fusses ist am Rücken blauroth, eine ähnliche Färbung haben alle anderen Zehen dieses Fusses. Die Färbung geht auf den Fussrücken über, wo sie sich allmählich verliert, am äusseren Fussrand aber bis zum Malleolus reicht. Die Inguinal- und Axillardrüsen sind vergrössert. Vor dem linken Sternocleidomastoideus eine scrophulöse Narbe. Die Crural-, Brachial-, Radialarterien, ebenso die linke Carotis rigid, geschlängelt. Puls 66 in der Minute, am Herzen systolisches Blasen, zweiter Aortenton metallisch. Leber und Milz bedeutend vergrössert. Urin hält Spuren Eiweiss. Therapie: Chinin und Arseneisen bringt in 3 Monaten Heilung, doch bleibt die Tastempfindung herabgesetzt. Die fungösen Granulationen hinterlassen eine eingezogene Narbe. Finger.

Finlayson. Ueber das Zusammentreffen von symmetrischer Gangrän und Sclerodermie Erwachsener. (Med. Chronicle Nr. 4. 1885.)

F. demonstrirte in der Glasgower pathol.-klinischen Gesellschaft einen Fall symmetrischer Gangrän, die sich aus Sclerodermie der Zehen und Finger entwickelte. Von den erwähnten peripheren Körperenden ging die Hautveränderung allmählich auf die benachbarten Partien über,

bis schliesslich Hände, Füsse, Unterschenkel, Thorax, Abdomen und Gesicht die Hautkrankheit darboten. Die Hautdecke war rauh, unverschiebbar und gestattete weder den Zehen noch den Fingern die freie Beweglichkeit; im Gesichte war jeder Ausdruck verwischt. Der Tastsinn bot keine Veränderung dar; subjectiv das Gefühl von Prickeln. Nach einer Periode intensiver Schmerzen trat Gangrän der Finger- und Zehenspitzen ein. Der Kranke starb an Lungentuberculose.

Horovitz.

Miller. Ein Fall von Myxoedem. (British medic. Journ. 28. Februar 1885.)

Frau T. 38 Jahre alt, war im Jahre 1872 von einem Knaben entbunden. Nach der Entbindung litt sie an heftigen Blutungen, so dass sie zwei Monate wegen allgemeiner Schwäche im Spital zubrachte. Seit dieser Zeit blieben auch die Menses aus. Sie begann am ganzen Körper zu schwellen fühlte sich matt und kraftlos, wurde von plötzlichen ohnmachtartigen Schwächezuständen befallen, in deren einem sie mehrere Stufen tief stürzte. Es kam zu Blutungen aus dem Gaumen und unter die Haut, Anfällen von Unbesinnlichkeit, Kraftlosigkeit, so dass wenn sie, was häufig geschah, stürzte, sie sich nicht selbst erheben konnte. Ebenso klagte sie über schwere Träume, Schmerzen entlang der Wirbelsäule. Seit Jänner 1884 war Pat. nicht mehr im Stande das Bett zu verlassen und war bereits der ganze Körper gegeschwollen. Die Schwellung hatte am Unterleibe begonnen und breitete sich auf die Beine, das Gesicht, die Arme aus. Neben der Schwäche waren um diese Zeit auch Coordinationsstörungen nachweisbar. Der Vater der Pat. lebte, die Mutter, die geisteskrank gewesen war, starb an Carcinoma mammae. Ein Bruder und eine Schwester lebten, die Zwillingsschwester der Patientin starb kurze nach der Geburt. Pat. selbst hatte drei Kinder, deren eines an Convulsionen starb, ihre Ehe mit einem Potator war unglücklich. Bei der Untersuchung zeigte sich das Gesicht schlaff, ausdruckslos, im Bereich der Schläfe und Lidmuskeln fibrilläre Zuckungen, der Kopf fast ganz kahl, die Körpermusculatur schlaff und weich, die Haut trocken, ohne Respiration, die subcutanen Venen hier und da erweitert. Die Bewegungen kraftlos, Taumeln beim Gehen. Empfindung überall erhalten. Intelligenz ziemlich erhalten, Gedächtniss schlecht, Sprache deutlich, Articulation scandirend und langsam. Gesichtssinn intact, Geschmack- und Geruchsinn herabgesetzt. Die Respirations-



organe boten keine Veränderung dar, ebensowenig liess die mikroskopische Untersuchung des Blutes irgend etwas Krankhaftes entdecken. Verdauung normal, Urin stark sauer, sehr saturirt, sonst normal. Behandlung mit Tonicis und alkalischen Mixturen, liq. ammon. acet. schien Besserung bringen zu wellen. Finger.

Besnier. Sclérémie et Sclérodermies. (La semaine médicale. 7. Febr. 1884.)

Aus Anlass eines von Köbner in Berlin am 23. Jänner 1884 gehaltenen Vortrages (mit Demonstration eines an diffusem Sclerem und circumscripter Sclerodermie leidenden Patienten) bespricht Besnier die bisher unter verschiedenen Namen beschriebenen Formen von Hautsclerosen, um in die verwirrte Terminologie dieser Krankheitsgruppe Ordnung zu bringen.

In einer früheren Arbeit (Observations pour servir à l'histoire des dermatoscléroses, Annales de Dermat. et Syphil. I. 1880, p. 83) schied Besnier die Dermatosclerosen in zwei grosse Gruppen: In diffus verbreitete (généralisée) und herdweise (partiell) auftretende. In die erste dieser Gruppen ist nur eine unter dem Namen Sclérémie des adultes (Alibert) bekannte Form zu zählen, welche als identisch zu betrachten ist mit Thirial's Sclérémie des adultes, Gintrac's Sclérodermie, Hardy's Sclérodermie oedémateuse.

In die zweite Gruppe sind die übrigen Formen: Sclérodermies lardacées, parcheminées, striées, Morphaea (Wilson u. Tilbury Fox), ferner Sclérodactylie (Ball), Sclerodermia progressiva, trophische Störungen an den Extremitäten u. A. einzureihen.

Wie B. durch vielfache Citate aus der im Jahre 1817 zu Paris erschienenen Nosologie naturelle nachweist, hat Alibert zuerst diese Krankheitsbilder beschrieben, unter die Classe der Trophopathien eingereiht und mit dem Namen Sclérémie des adultes belegt. Alibert führt bereits zwei Formen Sclérémie généralisée und Scl. partielle an, welche er für gleichartige Processe hält.

Dass gewisse herdweise auftretende Dermatosclerosen mit der wahren diffusen Sclérémie ihrem Wesen nach völlig identisch sind, combinirt mit ihr und in sie übergehend vorkommen, wird von vielen Autoren und neuerdings von B. bestätigt. Aus historischen und praktischen Gründen hält nun B. die ursprüngliche Bezeichnung Alibert's für die passendste und schlägt daher vor: 1. mit dem Namen „Sclé-



remie" die ausgebreiteten Formen zu belegen. Es wären demnach die identischen Formen: Sclerodermie (Gintrac), Oedématie concrète (Doublet), Scléremie (Chaussier). Sclérémie des adultes (Alibert und Thirial) und Sclérémie oedémateuse (Hardy) schlechtweg als „Sclérémie" zu bezeichnen. Für die zahlreichen verschiedenen Krankheitstypen, welche mit Alibert's Scléremie Aehnlichkeit besitzen, deren Natur aber zum grössten Theile noch unklar ist, soll 2. der Name „Sclérodermie" mit Zusatz eines passenden Epithetons ausschliesslich verwendet werden. Riehl.

Neuritische (durch Erkrankung sensibler Nervenelemente bedingte) Dermatosen und Idioneurosen der Haut.

Joseph. Pruritus unilateralis (Aus Köbner's Poliklinik für Hautkr. — Berl. klin. Woch. Nr. 30, 1885.)

Bei einer an Insufficienz und Sclerose der Valvula mitralis leidenden Frau, die nach wiederholten Gehirnembolien vollkommene Paralyse der linken Körperhälfte zeigte, war nach zweijährigem Bestehen der Paralyse ein sehr heftiger Pruritus cutaneus der gelähmten Hälfte eingetreten. Auf dieser, der linken Körperseite, auf welcher die Sensibilität gleich der Motilität vollkommen aufgehoben war, das Temperaturgefühl erloschen, die Hauttemperatur sehr herabgesunken, das Kniephänomen fehlte — während die Geschmeidigkeit der Haut und die Talgabsonderung normal erschien —, fehlte die rechts seit Wochen abundante Transpiration vollkommen. Eine Urticaria factitia die überall hervorzubringen war, war auf der gesunden Seite erheblich stärker, wo auch die Quaddeln länger persistirten. Bei täglich zweimaligen Einreibungen einer Salbe aus Chloralhydrat, Camphor krystall. āā 5·0, Vaselin 50·0 liess das Hautjucken sehr nach, zumal wurde die Nachtruhe gesichert. Caspary.

Breda. Die Elektrotherapie bei Pruritus. (Giorn. ital. delle mal. ven. e delle pelle. März, April 1885.)

Im Anschluss an 3 bereits 1881 mitgetheilte berichtet B. über neue Fälle von Pruritus universalis, in denen er durch 4—6wöchentliche Behandlung mit dem galvanischen Strom — in der Weise, dass Pat. eine Elektrode im Nacken, die andere in ein Fussbad getaucht oder im Wannenbade, eine Elektrode im Nacken, die andere zwischen den Füssen im Bad, applicirt erhielt — Heilung erzielte. Finger.



Finny. Fall von doppelseitigem Herpes zoster. (British med. Journ. 10. Jänn. 1885.)

Eine 40jährige, bisher gesunde Frau klagte F., sie fürchte ein Erysipel von Nacken und Ohr zu bekommen, habe heftige, besonders rechtsseitige Kopfschmerzen und Schnupfen, die sie am Schlafe hindern. Die Untersuchung ergab charakteristische, allem Anschein nach gleichzeitig entstandene Efflorescenzen von Herpes zoster, die linkerseits im Bereich der unteren, rechts der oberen Halsnerven sassen, so dass es sich links um einen Zoster cervicoclavicularis, rechts einen Z. occipitocollaris nach Bärensprung handelte. Das rechte Ohr, gleichfalls befallen, war geschwellt, der Ausführungsgang durch Efflorescenzen verlegt. Chinin, Eisen, Magnesia sulfurica innerlich, Collodium äusserlich brachte Heilung. Verf. schliesst einige Bemerkungen über Herpes zoster, dessen seltene Localisation an Kopf und Extremitäten und das seltene beiderseitige Vorkommen an. Finger.

Epidermidosen (Wachsthums-Anomalien der Haut von epithelialem Ursprung und Typus A.).

Robinson. Lichen ruber Hebra and Lichen planus Wilson. (New York medical Record. October 1883.)

R. schildert in eingehender Weise die klinischen Charaktere beider Krankheiten, welche von den meisten Dermatologen für verschiedene Formen einer einzigen Affection angesehen werden.

Bezüglich der histologischen Verhältnisse an den Efflorescenzen des Lichen ruber und des Lichen planus gibt R. nach Anführung der bisher vorliegenden anatomischen Befunde die Resultate seiner eigenen, an von Lebenden entnommenen Efflorescenzen angestellten Untersuchung.

Nach R. ist Lichen ruber Hebra durch atypische Verhornung, starke Vermehrung der Hornlager, leichte Wucherung des Rete Malpighi verursacht, während die geringfügigen Veränderungen in der Cutis (Erweiterung der Papillargefässe und leichte Rundzelleninfiltration um dieselben) secundär entstanden sind.

Bei Lichen planus Wilson findet man dagegen als Hauptveränderung ein dichtes Rundzellenlager in der Papillarschichte, mit Abhebung des wenig verdickten Rete von der Papillaroberfläche, und Fehlen der Hornschichte oder nur geringe Entwicklung derselben.

Haarbälge, Schweiss- und Talgdrüsen sind bei beiden Krankheiten nur wenig und inconstant verändert, die unteren Cutisschichten immer normal.

Lichen ruber ist also nach dem Vf. eine Wachsthumsanomalie des Hornlagers, Lichen planus eine entzündliche Affection. Auch die klinischen Symptome, Verlauf und Behandlung beider Affectionen unterscheiden sich bedeutend. Die Knötchen des L. r. tauchen zuerst am Stamme auf und haben die Tendenz sich auf die ganze Hautfläche zu verbreiten, bei L. p. beginnt die Eruption zumeist an den Armen und Beinen und verbreitet sich nur selten auf grössere Flächen (? Ref.). Lichen ruberknötchen sind rund, spitz, mit feinen Schuppen bedeckt und nur im Stadium der Rückbildung central eingesunken.

L. p. Efflorescenzen sind polygonal, gedellt und tragen anfangs keine Schuppen, sie treten im Gegensatz zu Lichen ruber meist in symmetrischer Lage auf und bilden öfter grössere Plaques.

L. r. führt unbehandelt zu Marasmus und Tod. L. p. hat keinen Einfluss auf das Allgemeinbefinden. R. sah beide Formen nie zugleich oder einander folgend an einem Individuum und schliesst aus diesen Gründen, dass Lichen ruber und Lichen planus zwei vollständig verschiedene Hautkrankheiten sind. Riehl.

Spender. Fall von multiplem Xanthom. (Brit. med. Journ. 7. März 1885.)

Die Pat., eine 30jährige Virgo, litt an Anchylose fast aller grossen Gelenke in Folge ausgebreiteter Osteoarthritis. Seit 6 Monaten im Bett bemerkte sie zu Weihnachten 1883, dass ihre Fusssohlen gelb werden. September 1884 traten Flecke von gelblich brauner Farbe auf den Beinen auf. Diese Flecke hatten die Grösse eines Stecknadelkopfes bis zu unregelmässigen Plaques von 1·5 Ctm. Durchmesser. Die Färbung derselben war verschieden. Das Gelb war bei den isolirten am deutlichsten, dort wo viele Flecke dicht neben einander in Gruppen standen, sie mehr eine helle schmutzigbraune Farbe darboten. Beim Betasten fühlten sich die Flecke etwas fester an, als wenn eine ganz dünne Scheibe solider Materie in das Rete mucosum eingelagert wäre. Die Fusssohlen rauh und hornig erscheinen hier und da gelb gefleckt; ebenso haben die Seitentheile der Zehen einen leicht gelblichen Stich, der sich auch später an den Fingern und Handtellern entwickelte. Subjectiv fühlt Patient ein Brennen und

Jucken an den genannten Stellen, das besonders an dem zumeist befallenen linken Unterschenkel intensiv ist und der Bildung der Efflorescenzen vorausgeht. Die Zahl der Flecke nimmt zu, doch lässt sich die unregelmässige Gruppirung derselben auf keinen nervösen Einfluss zurückführen, wie auch keine trophischen Störungen vorhanden sind und nur die Ernährung einiger Nägel gelitten hat, indem durch Ueberproduction horniger Massen einige Nägel der Zehen von ihrer Matrix abgehoben sind. Icterus oder Leberleiden war nicht vorhanden, Urin hält kein Eiweiss. **Finger.**

Ohmann-Dumesnil. Symmetrische Vitiligoflecke. (St. Louis med. and surg. Journ. Jan. 1884.)

Der Autor beschreibt einen Fall von zu beiden Seiten des Kinnes aufgetretenen, über kreuzergrossen Vitiligoflecken und spricht seine Vermuthung aus, dass der Vitiligo eine Nervenerkrankung zu Grunde liege. Unter Anwendung galvanischer Ströme, Acet. cantharidis sah O.-D. die Flecke dunkler werden. **Riehl.**

Thin. Schwielenbehandlung mit Salicylpflaster. (Clinical Society Transactions. Vol. XVII.)

Thin hat in vier ausführlich beschriebenen Fällen von Tylosis palmae manus et plantae pedis Unna's Salicyl-Guttaperchapflaster in Verwendung gezogen und jedesmal die Erweichung und Ablösung der verdickten Epidermislager nach kurzer Zeit prompt eintreten gesehen. Th. hält einen eczemähnlichen Process für die Ursache der Schwielenbildung, welche einmal etablirt ohne neuen Reiz fortwährend recidivirt. Nach Anwendung des Salicylpflasters sah Th. keine Recidive auftreten. **Riehl.**

Eklund (Stockholm). Lepocolla repens, der Psoriasispilz. (Annales de Derm. et de Syph. p. 197. 1885.)

E. hat, ohne E. Lang's Publicationen zu kennen, Untersuchungen der Schuppenlager der Psoriasisefflorescenzen vorgenommen, und ähnliche Befunde wie Lang constatiren können. An sammt den Kuppen der Papillargefässe abgekratzten Schuppenlagern fand E. constant glatte durchsichtige Pilzfäden von 0·6—0·8 μ Durchmesser und 9—27 μ Länge, welche entweder im Rete M. zerstreut oder in Form von Netzen dichtgedrängt an den Capillarwandungen lagen oder sich bündelförmig „in und zwischen“ den Retezellen verzweigten. An frei im



Präparate (E. untersuchte in 20°/₀ Kalilauge) schwimmenden Fäden sah E. birnförmige Enden. Die „Mikrococcen" dieser Pilzfäden lagen entweder in grossen Haufen neben den Fäden oder präsentirten sich in Form von „Sporen" von 1 μ Grösse, rund, glänzend, an der äusseren Gefässwand anliegend.

Eine andere Deutung dieser Funde (spec. als elast. oder Bindegewebsfasern, Nerven, Lymphgefässe etc.) hält E. für unmöglich.

Um zu einem definitiven Urtheil zu kommen, cultivirte E. seine „Pilze", indem er Psoriasisschuppen in eine von Director Dahl angegebene Nährflüssigkeit brachte und auf 37° C. erwärmte. Nach 24 Stunden fanden sich an mehreren Punkten sehr lange „Mycelien", nach 2—3 Tagen in letzteren rechteckige oder ovale „Sporen" mit Silberglanz. Nach Uebertragung solcher Mycelien in verdünnte Liebig'sche Bouillon sah E. aus den Sporen sehr feine Fäden herauswachsen, in welchen später wieder Sporen entstanden. E. erklärt den gefundenen „Pilz" für die Ursache der Psoriasis und diese für eine „chronische miasmatische und contagiöse Hautkrankheit mit acuten Exacerbationen, abhängig von den natürlichen Bedingungen für die Entwicklung und das Wachsthum der Lepocolla repens".

Nach E. werden alle klinischen Erscheinungen durch diesen Nachweis leicht erklärbar, ebenso das angeblich besonders häufige Vorkommen der Krankheit bei Kutschern (durch Uebertragung des Pilzes vom Pferde) und bei Mitgliedern einzelner Familien.

Im Uebrigen schliesst sich E. den Ansichten E. Lang's vollkommen an. Riehl.

White. Psoriasis-Verruca-Epithelioma. (Americ. Journ. of the medical Sciences. Jänner 1885.)

Wh. theilt die Krankengeschichten zweier bemerkenswerther Fälle mit, bei welchen auf Grund einer alten, später verrucös gewordenen Psoriasis sich Epitheliom entwickelt hatte.

Der erste Fall betraf einen, seit 1866 in Wh.'s Behandlung stehenden, damals 27jährigen kräftigen Psoriasiskranken. Die am ganzen Körper zerstreuten Psoriasisplaques zeigten abgesehen von leichter Reizbarkeit keine besonderen Eigenthümlichkeiten. Ungefähr im Jahre 1876 begann an mehreren Plaques namentlich an den Händen die Entwicklung warziger Excrescenzen. Vor circa 3 Jahren entstand auf einer derartigen Excrescenz an der Flachhand eine Ex-



coriation, welche trotz verschiedener Heilmittel sich in ein Geschwür umwandelte und sich allmählich vergrösserte. Wh. wendete Aetzmittel an, kratzte den Geschwürsgrund mit dem scharfen Löffel aus, ohne Heilung erreichen zu können; es entstanden hypertrophische Granulationen und derbe, stellenweise durchscheinende Infiltrate an den Rändern, kurz das Bild eines tiefgreifenden Epithelialcarcinoms. Eine ähnliche Bildung in geringerer Ausdehnung entstand am Zeige- und Mittelfinger der anderen Hand. Der Kranke wurde durch Amputation der kranken Hand und Finger geheilt. Die anatomische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose.

Den zweiten Fall, einen 52jährigen Mann, sah Wh. im August 1884.

Der Kranke trug an der Streckseite der r. Handwurzel ein auf die Beugeseite übergreifendes 2 Zoll langes $1^1/_2$ Zoll breites Geschwür mit derb infiltrirten Rändern. Der Kranke zeigte am ganzen Körper zerstreute Psoriasisplaques, von welchen viele (an den Armen und Händen) mit verrucösen Excrescenzen bedeckt waren. Eine dieser Plaques an einem Finger war infiltrirt und excoriirt. In der Nähe des Afters eine ähnliche geschwürige Stelle. Der Kranke gab an, seit der Pubertät an Psoriasis zu leiden, vor 10 Jahren zuerst das Warzigwerden der Plaques bemerkt zu haben.

Es wurde die Excision der drei infiltrirten und ulcerirten Stellen vorgenommen, der Kranke erlag einem phlegmonösen Process. Die anatomische Untersuchung ergab Epithelialcarcinom an den beiden kleineren excidirten Hautstücken, Epithelialcarcinom mit massenhaften drüsenschlauchähnlichen Bildungen an der Neubildung von der Handwurzel.

Wh. bespricht die Anatomie der Psoriasis und die der Verruca. Die Wucherung der Retezellen bei Psoriasis kann leicht Anlass zur Bildung warziger Excrescenzen werden, wie dies häufig klinisch constatirt wird; ebenso bekannt ist die Umwandlung von Warzen in Carcinome. Das Eigenthümliche der beiden mitgetheilten Fälle (sowie eines dritten in Ziemssen's Handbuch B. XIV erwähnten Falles) liegt in der Reihenfolge Psoriasis — Verruca — Epithelioma, welche zeigt, dass auch Psoriasis unter Umständen zur Carcinombildung führen kann.

Riehl.

Stelwagon. Psoriasis bei einem noch nicht 4jährigen Kinde. (New York Med. Times. April 1881.)



Psoriasis tritt in der Regel erst zur Pubertätszeit auf. Fälle von Ps. bei Kindern von 5—6 Jahren sind schon als sehr selten zu bezeichnen. St. hatte Gelegenheit Psoriasis bei einem Kinde von vier Jahren zu sehen. Die Eltern und Verwandten des Knaben litten nie an Psoriasis. Die ersten Plaques waren an den Knieen entstanden, als das Kind drei Jahre alt war. Später kamen Eruptionen an den Ellbogen, Streckseiten der Arme und am Stamm zum Vorschein. Zur Zeit, als St. den Knaben zum ersten Male sah, waren grössere Plaques nur an den Knien und Ellbogen vorhanden, während die Efflorescenzen an der übrigen Haut nur Erbsengrösse zeigten, also als Psor. guttata zu bezeichnen waren. Die Behandlung bestand in Verabreichung kleiner Dosen der Sol. Fowleri; nach dreimonatlicher Behandlungsdauer konnte geringe Besserung constatirt werden. Riehl.

De Amicis. Ein Fall von Ichthyosis hystrix. (Napoli 1884. Sonderabdruck.)

De Amicis beschreibt in ausführlicher Weise einen durch hochgradige Entwicklung bemerkenswerthen Fall von Ichthyosis hystrix, welcher in mancher Beziehung an die von Ludwig und Tilesius veröffentlichten Bilder der Familie Lambert lebhaft erinnert.

Der Fall de Amicis betraf einen 55jährigen sonst gesunden und kräftigen Mann, bei welchem im zweiten Lebensjahre die ersten Erscheinungen der Ichthyosis aufgetreten waren. Merkwürdig erscheint, dass weder die Eltern noch die Geschwister desselben irgend welche Veränderungen an der Haut zeigten. Die Epidermisauflagerungen nahmen nahezu die ganze Körperoberfläche ein, waren an den Extremitäten namentlich an den Unterschenkeln am intensivsten entwickelt und nur die bei Ichthyosiskranken in der Regel frei bleibenden Stellen (Gelenksbeugen, Genitale, Flachhände, Fusssohlen) wiesen normale Beschaffenheit auf. An den Unterschenkeln fanden sich die Hornlager 3—4 Ctm. mächtig und waren in Form cylindrischer oder prismatischer Körper palissadenförmig angereiht, hart und schwarzbraun gefärbt. Die Auflagerungen am Rumpf waren weniger mächtig, ungleichmässig vertheilt, leicht abzukratzen und fühlten sich fettig an.

Der Verf. veröffentlicht die Resultate der chemischen und histologischen Untersuchung der Auflagerungen und einer dem Lebenden entnommenen Hautpartie; dieselben weichen von den bisher bekannten Befunden nur unwesentlich ab. Die stellenweise fettig anzufühlen-



den Auflagerungen, der fötide Geruch, welchen der ziemlich verwahrloste Patient ausströmt, sowie die Ergebnisse der chemischen und histologischen Untersuchungen veranlassen den Verf. die gleichzeitige Anwesenheit einer Seborrhoea universalis anzunehmen. Bezüglich der Aetiologie neigt sich der Verf. der Ansicht Leloir's zu, dass die Ichthyosis nervösen Ursprungs sei. — Die beigegebenen Photographien geben ein sehr gutes Bild von der Ausbreitung und Hochgradigkeit des Falles. Riehl.

Ravogli. Area Celsi. (The Cincinnati Lancet and Clinic. Jun. 1884.)

R. beschreibt nach einer kurzen historischen Skizze die Symptome der Area Celsi und zählt die verschiedenen Ansichten, welche bisher über die Natur der Krankheit aufgestellt wurden, in kurzen Worten auf. R. selbst glaubte Area Celsi für eine durch Parasiten pflanzlicher Natur bedingte Krankheit ansehen zu müssen, und führte deshalb eine Reihe von mikroskopischen Untersuchungen aus, welche zu folgenden Resultaten führten:

„Am Haarschaft kurz über der Wurzel sieht man eine Art verästigten Fadens. Jede Verästelung geht aus von einem runden centralen Punkt und enthält viele glänzende Körnchen. Man sieht diese Fäden das Haar in Entfernungen von 2—3 Mm. vom Bulbus umgeben, sich verästeln und in der Mitte einige runde Zellen enthaltend, welche zweifellos Fructificationsorgane vorstellen. Die Fäden haben gelatinöses Aussehen, an manchen Stellen kann man fibrilläre Structur sehen."

R. fand bei drei Individuen dieselben mikroskopischen Bilder an den Haaren der erkrankten Kopfhaut und schliesst daraus, dass Area Celsi parasitären Ursprungs und dass der Parasit kein Mikrosporon, sondern ein bisher noch nicht beschriebener Pilz sei. Als erfolgreichste Therapie empfiehlt R. Theeröl- oder Sublimateinpinselung und Epilation der kleinen nachwachsenden Haare. (Die von R. für die Parasiten der Alopecia areata erklärten Fäden machen nach der Beschreibung und der beigegebenen Abbildung den Eindruck gerunzelter und gefalteter Cuticula. Anmerk. des Ref.) Riehl.

Breda. Rhinosclerom oder Epitheliom der Nase? (Rivista Veneta di scienze mediche Tome II. Fasc. II. 1885.)

Ein 47jähriger marastischer Feldhüter, der vor vielen Jahren an syphilitischen Geschwüren und lange Zeit an Malaria gelitten hatte, bemerkte seit seinem 30. Lebensjahre an verschiedenen Stellen des



Gesichts festhaftende Sebumkrusten; im Jahre 1881 vergrösserten und elevirten sich zwei der Auflagerungen an der linken Stirnhälfte und am linken Nasenflügel. Es trat Jucken auf, der Kranke zerkratzte die Stellen und es entstanden nicht mehr verheilende Excoriationen, so dass im Jahre 1882 ein Arzt die Basis beider Geschwüre auskratzte und galvanokaustisch ätzte; die Wunden heilten, es bildeten sich nichts destoweniger bald neue grössere Geschwüre.

Bei der Aufnahme fand B. Sebumkrusten am Halse, den Ohrläppchen, Stirn und Nase. An der linken Stirnhälfte befand sich ein 2 Ctm. langes, 5 Ctm. hohes flaches Geschwür, dessen Basis mit dem Periost unverschiebbar zusammenhing und dessen wenig entzündlich geröthete Ränder harte durchscheinende weissliche Knötchen aufwiesen. Die Nase war in ihrem knorpligen Antheile vergrössert, ungleichmässig hart, stellenweise wie Knorpel anzufühlen, in ihrer Farbe unverändert, glänzend, ohne Follikelmündungen. Der linke Nasenflügel, welcher besonders verdickt erschien, trug ein kreuzergrosses, flaches, graulich belegtes Geschwür. Die Infiltration erstreckte sich auch auf die Nasenschleimhaut, verengte die Nasengänge und machte das Andrücken der Nasenflügel an das Septum unmöglich. Die Submental- und Submaxillardrüsen stark geschwellt, Untersuchung der Mund- und Rachenschleimhaut unmöglich, wegen grosser Schmerzen beim Oeffnen des Mundes. Nach Exstirpation eines kleinen Theiles der Geschwulst vom Nasenflügel wurde der Kranke in Privatpflege entlassen. B. bespricht die Schwierigkeit der Diagnose in diesem und ähnlichen Fällen und lässt die Diagnose unentschieden, trotzdem der histologische Befund die Neubildung als Epithelialcarcinom erwies.

Riehl.

Stelwagon. Eine „Talgcyste" Haare enthaltend. (Philadelphia medical Times. 24. März 1885.)

Ein Arzt bemerkte vor zwei Jahren zufällig in der bebarteten Haut seines Gesichtes ungefähr an der Stelle, wo die Arteria facialis den Unterkiefer kreuzt, einen kleinen Knoten von ziemlich derber Consistenz. Im Zeitraume weniger Monate vergrösserte sich die Geschwulst und wurde entzündlich geröthet. Auf Druck entleerte sich käseartige Masse und später nahm der Knoten seine frühere Form wieder an. In weiteren 18 Monaten wiederholte sich die Entzündung, Schwellung und Entleerung der Cyste noch mehrmals. Als Pat. seinen Bart rasiren liess, wurde der Tumor rasch grösser und auffällig prominirend.



Pat. bohrte sich einen Lapisstift in die Geschwulst, worauf bedeutende entzündliche Reaction und starke Eiterung eintrat. Schliesslich wurde die Geschwulst exstirpirt, man fand in ihr selbst „Sebum und Eiter" sowie zwei spiralig gerollte Haare von 4½ und 6 Zoll Länge frei liegen. St. fand die Haarrolle sehr regelmässig gewickelt und glaubt aus der Länge der Haare schliessen zu können, dass ihre Entstehung von der Zeit datirt, zu welcher sich P. den Bart rasiren liess.

St. hält die Geschwulst für eine „Talgcyste" (?Ref.) und erklärt sich die Anwesenheit von Haaren in ihr durch die Annahme, dass die untere Cystenwand bei der Vergrösserung der Geschwulst Haarfollikel umschlossen habe, die Haare aber weitergewachsen, an der oberen Cystenwand umgebogen und eingerollt worden seien. Riehl.

Gautier. Die Epithelabschilferung der Zunge. (Revue méd. de la Suisse romande. Genève 1882.)

Gautier bespricht in seiner Monographie die schon von Rayer 1831 unter dem Namen Pityriasis lingualis beschriebenen theilweisen Defecte des Zungenepithels, welche unter Anderen auch von Caspary (diese Vierteljahrschr. VII. 1880) geschildert und abgebildet wurden. G. unterscheidet drei verschiedene Formen dieser ihrem Wesen nach unklaren Schleimhautaffection der Zunge. Das hervorragendste und allen Formen gemeinsame Symptom ist ein auf circumscripte Stellen beschränkter Defect des Epithels, durch welchen die kranken Partien ein lebhaft rothes glattes Aussehen bekommen und gegenüber den von weissgrauem Epithel bedeckten normalen Theilen der Zungenschleimhaut auffällig contrastiren.

Die Eintheilung G.'s basirt auf der Form der Plaques: 1. Desquamation mit scharf geschnittenen Rändern, 2. in serpiginöser Form, 3. in diffuser Form die ganze Zungenoberfläche befallend.

Bei der ersten Form treten einzelne oder mehrere bis kreuzergrosse Plaques auf, an welchen die obersten Epithelschichten fehlen. Das Epithel der begrenzenden Schleimhautpartien ist weissgrau, trübe und etwas verdickt — weder Ulceration noch Infiltration bemerkbar, selbst subjective Erscheinungen fehlen. Die zweite Form weist keine scheibenförmigen Plaques, sondern mondsichelförmige Bogensegmente auf, welche zu festonartigen Linien zusammenfliessen. Die letzteren sind an ihrem convexen Theile aus verdicktem weisslichen Epithel gebildet, ihre concave Seite zeigt einen schmalen Epithelverlust, der



sich gegen das Centrum der Kreissegmente hin nicht scharf absetzt, sondern allmählich in die normale Epithelschicht übergeht. — Die dritte Form (Desquamation lichénoïde) ist durch Verdickung und Trübung des ganzen Zungenepithels und durch darauf folgende in serpiginöser Weise fortschreitende lamellöse Abstossung desselben nach unregelmässigen Zeiträumen charakterisirt. Bei dieser Form werden vage Sensationen, Schmerz beim Kauen und foetor ex ore beobachtet. Die von Parrot, Martin, Caspary u. A. vorgenommenen Untersuchungen des abgeschabten Epithels ergaben ausser Leptothrix buccalis keinen pathologischen Befund. Auf Schnitten fanden Parrot und Martin Verdickung des Epithellagers, stark proliferirendes Rete Malpighii und Rundzelleninfiltration um die Papillargefässe.

Die Krankheit verläuft in seltenen Fällen acut innerhalb weniger Wochen (andere acute Leiden begleitend) und endet dann mit vollständiger Restitution des Epithels, in der Mehrzahl der Fälle aber äusserst chronisch, so dass die Plaques oft monatelang ihre Form kaum verändern, oder scheinbare Heilung und bald darauf wieder Abstossung des Epithels in Form der alten Plaques auftritt. Auch mit unregelmässigen Nachschüben verlaufende Fälle wurden beobachtet.

Die beiden ersten Formen kommen am häufigsten bei Kindern oft schon vor Vollendung des ersten Lebensjahres zur Beobachtung, die dritte Form betraf unter 8 Fällen einmal einen zweijährigen Knaben und siebenmal erwachsene Frauen. G. stimmt der Meinung Parrot's, dass die Krankheit ein Symptom der Syphilis sei, nicht bei. Syphilis, Störungen im Verdauungstracte, Eingeweidewürmer, Scrophulose, Anämie, Hysterie bilden prädisponirende Momente.

Zur Behandlung schlägt G. Borax, Alaun und Jodtinctur in Form von Gurgelwasser oder Pinselsaft vor. Riehl.

Michelson. Zum Capitel der Hypertrichose. (Virchow's Archiv. Bd. 100. Heft 1.)

Wenn die Hypertrichosis universalis der sogenannten Haarmenschen ausnahmslos von Abnormitäten im Zahnsystem begleitet erscheint, so sind solche bei geringeren Graden abnorm starker Behaarung bisher nicht beobachtet oder noch nicht beschrieben. Dass auch in dieser Beziehung Uebergangsstufen zu dem bei der ausgesprochenen Hirsuties gewöhnlichen Verhalten vorkommen, hat Michelson beobachtet, der eine hereditäre Unvollständigkeit des Gebisses

bei mehreren Gliedern einer durch ausserordentlich starke Behaarung ausgezeichneten Familie constatirt hat. Ausserdem kennt er eine Familie, in der einigen Gliedern die Anlage zu starker Haarentwicklung, anderen die Anlage zu Zahndefecten vererbt wird; bei dem Stammvater und bei vielen seiner Nachkommen fiel auch ein sehr verspäteter Durchbruch von Milchzähnen auf. — Die Behauptung von M. Bartels, dass für circumscripte Hypertrichosis auf anscheinend unveränderter Haut, die normaler Weise haarlos, bilaterale Symmetrie und das Ausgehen von der Mittellinie charakteristisch seien, wird durch eine Beobachtung Michelson's als unhaltbar erwiesen. Derselbe sah bei einem jungen Manne, der am übrigen Körper eher schwach behaart war, die das rechte Schulterblatt bedeckende, anscheinend unveränderte Haut mit 4—5 Ctm. langen dunkelgefärbten Haaren bedeckt. — Gegenüber der Behauptung von Siebold's, Ecker's, Waldeyer's, die Naevi pilosi gehörten im Gegensatze zu der Mehrzahl der Hypertrichosen in das Gebiet der Pathologie, wendet M. ein, dass jede Hypertrichosis doch nur die Folge einer abnormen Productivität der haarerzeugenden Elemente, einer Hypertrophie der Haarmatrix sein könne und dass somit die pigmentirte, verdickte oder warzig veränderte Haut des Naevus einen der Hypertrichosis congruenten Zustand darstelle. Dafür spricht eine Beobachtung des verstorbenen Gynäkologen Hildebrandt (behaarter Naevus auf Oberlippe links, Anlage zum Schnurrbarte auf O. rechts); und zwei Fälle M's., in denen ähnlich alternirende Productionen an demselben Individuum sich fanden. — Die Annahme von Siebold's, der abnormen Behaarung des Naevus pilosus fehle die charakteristische Haarrichtung der Ueberhaarung unveränderter Hautflächen, hält M. für nicht zutreffend.

Caspary.

Chorioblastosen (Wachsthums-Anomalien der Haut von bindegewebigem Ursprung und Typus A.).

Hutchinson. Fall von vollständiger Heilung eines Lupus erythematosus. (Brit. med. Journ. 14. März 1885.)

H. berichtet über einen Fall eines Lupus erythematosus beider Wangen und der Nase, sowie des behaarten Kopfes, der durch continnirlichen Gebranch von Arsenik durch zwei Jahre hindurch bis zum Auftreten von Intoxicationserscheinungen vollkommen geheilt wurde, und stellt



die Vermuthung auf, dass der gute Erfolg in diesem Falle eben durch den continuirlichen Gebrauch grösserer Dosen durch lange Zeit bedingt wurde und der Misserfolg in anderen Fällen mit dem zu kurz dauernden Gebrauch zu kleiner Dosen zusammenhängt, wenn er auch zugibt, dass das Mittel nicht gegen alle Fälle wirkungsvoll sein werde. Auch ist er der Ansicht, dass Verlauf und das ganze Bild des Lupus eryth. denselben eher für eine constitutionelle als eine locale Erkrankung ansehen lassen, daher innerliche Mittel indicirt seien.

Finger.

Stowers. Behandlung des Lupus. (British medic. Journ. 3. Jänner 1885.)

S. hat schöne Erfolge von der Behandlung des Lupus mittelst Schablöffel und Lapisstift gesehen und bespricht diese Methode. Da das Schaben sehr schmerzhaft sei, dürfte dasselbe nicht ohne Narcose vorgenommen werden, worauf die des blutreichen Gewebes wegen heftige Blutung mit dem Lapisstift gestillt werde. Da dieser nur in das kranke, weiche, nicht aber das gesunde Gewebe eindringe, könne man mit demselben auch furchtlos in der Nähe der grossen Halsgefässe hantiren. Der Lapisstift muss mit der ganzen kranken Fläche in genaue Berührung kommen und in alle Vertiefungen derselben eindringen, der so bewirkte Schmerz sei wohl heftig aber kurz dauernd. Erfolgt ein Verband von saturirtem Carbolöl und müsse die Operation, die allerdings nicht vor Recidiven schützt, mehrmals wiederholt werden.

Finger.

Gamberini. Ist der Lupus eine Form der Tuberculose? (Bologna 1885. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. März, April 1885.)

Der Vf. wendet sich gegen die gegenwärtig platzgreifende Ansicht, dass der Lupus nur eine Form der Tuberculose darstelle. Er beleuchtet zunächst die klinischen Symptome und weist die Unterschiede zwischen Lupus und Tuberculose nach, wendet sich dann zur pathologischen Anatomie des Lupus und der Tuberculose der Haut, die er vergleicht und beleuchtet. Schliesslich stellt er die folgenden Sätze auf:

1. Lupus ist keine Tuberculose.

2. Wenn man auch wirklich im Lupus Tuberkelmaterie findet, so beweist dies nicht, dass die Ursache des einen auch die des an-



deren sei. Es sei ja der Befund von Tuberkelbacillen im Lupusgewebe äusserst spärlich, im Tuberkel dagegen sehr reichlich.

3. Die bisher bekannten Thierexperimente haben beim Menschen keine Analogie gefunden.

4. Die Veränderungen, die bei Thieren erzeugt wurden, sind tuberculöser Natur, auch bei Uebertragung von Lupus. Dies kann daher rühren, dass Lupus als solcher nicht übertragbar ist und nur der accidentelle Tuberkel aus demselben übertragen wird. Riehl.

v. Mosetig-Moorhof. Milchsäure als Zerstörungsmittel pathogener Gewebe. (Centralbl. für Chir. p. 193. 1885.)

M. fand, dass die Milchsäure in concentrirter Menge auf fungöse Granulationen gebracht, dieselben in einen schwärzlichen Brei verwandle. Er versuchte daher dieses Mittel bei Lupus vulg., Epitheliom und flachen Papillomwucherungen und auch in diesen Fällen wurde das Gewebe, das Stroma mit inbegriffen, in einen schwärzlichen Brei verwandelt; während die hineinragenden eingeschlossenen gesunden Gewebsinseln mehr weniger verschont blieben. Diese Schonung des Gesunden im Applicationsherde verleiht der Milchsäure einen besonderen Vorzug den üblichen Causticis gegenüber. In einigen Fällen von recidivirendem Lupus mit Knötchenseinsprengung in die Narbe gelang es durch Scarification der Lupusknötchen und Application der Milchsäure die Lupusnester vollkommen zu zerstören und später Ueberhäutung zu erzielen. Ueber das Hintanhalten der Recidiven kann M. sich noch nicht äussern. Das Mittel wird folgendermassen applicirt: Nach Reinigung der zu behandelnden Stelle und Schützung der Umgebung (um das überflüssige Aufquellen der Epidermis zu verhüten) lässt man das Medicament in flüssig concentrirter Form von Leinwandläppchen oder hydrophiler Watte aufsaugen. Die so präparirten Lappen oder Bäusche werden auf das zu behandelnde Terrain gebracht, mit Gummipapier, Watte und Binde niedergebunden. Eine zweite Applicationsweise ist die Pastenform. Milchsäure und fein gepulverte Kieselsäure, (āā qu. sat) mit einander vermengt, liefern eine Paste, die messerrückendick auf die kranke Stelle gestrichen wird. Nach 12 Stunden Entfernung des Verbandes und Reinigung der Wunde mit Wasser. Nun empfiehlt es sich 24—48 Stunden zu warten, um dann wieder das Medicament anzuwenden, da sonst leicht Oedeme oder Dermatitis auftreten könnten. Die Schmerzen sind nicht sehr bedeutend. Horovitz.



Lahmann. Die multiplen Fibrome in ihrer Beziehung zu den Neurofibromen. (Virchow's Archiv. Bd. 101. 1885.)

Lahmann hat zwei Fälle multipler Fibrome aus der Heidelberger chirurgischen Klinik in Bezug auf ihre Zugehörigkeit zu den Neurofibromen geprüft. In dem einen, der ganz dem Titelbilde in Virchow's Geschwulstlehre glich, musste man nach der mikroskopischen Untersuchung die bindegewebigen Hüllen der Talgdrüsen, Haarbälge, Schweissdrüsen und Gefässe der Ausgangspunkte der Tumorenbildung ansehen. In dem anderen Falle, in dem nur 3 Tumoren vorhanden, aber rosenkranzförmige Anschwellung an peripheren Nerven fühlbar, ausserdem nach den klinischen Symptomen Tumorenbildung an centralen Nervenpartien anzunehmen war, war ein paraneurotischer Ursprung für eine Geschwulst erweislich, für die beiden anderen höchst wahrscheinlich. L. möchte danach den Satz Recklinghausen's, dass die bindegewebigen Scheiden der in der Cutis verlaufenden Kanäle und Nerven die Stätte der Tumorbildung abgeben, der Art ammendiren: es können einzelne Tumoren allein von den Nervenscheiden ausgehen, andere nur von den Bindegewebscheiden der Talg- und Schweissdrüsen, der Haarbälge und Gefässe, noch andere einen gemischten Ausgang nehmen. Wegen des Vorkommens gemischter Formen (so in den Fällen von Recklinghausen) sei der Name: multiple Fibrome als Gattungsbegriff beizubehalten.

Caspary.

Morel Mackenzie. Ueber Rhinosclerom. (British medic. Journ. 21. März 1885.)

Bemerkungen zu einem Falle, den Payne und Senwe in der „Pathological Society“ vorgestellt hatten, und der, der erste in England beobachtete Fall, einige Zeit in M.'s Behandlung stand.

Es handelte sich um einen 18jährigen spanischen Edelmann, der stets gesund gewesen war, wenn er auch ein etwas cachektisches Aeussere, schwächliche Constitution darbot. Sein Leiden hatte vor vier Jahren schleichend begonnen, continuirlich, wenn auch langsam, zugenommen und endlich zu vollkommenem Verschluss der Nasenhöhlen geführt. Ausserdem klagte Pat. über heftigen Schmerz der Nase bei Berührung, leichtes Nasenbluten, eitrige Secretion, Verlust des Geruchssinnes. Bei der Untersuchung ergab sich die Nase sehr verdickt, besonders die Nasenspitze und Nasenflügel. An der Oberlippe, nahe der Nasenöffnung, beiderseits eine glatte, narbige, weiche



Stelle. Die Nasenöffnung rund, rigid, das Septum narium bis auf das Filtrum zerstört, so dass beide Nasenhöhlen in ein gemeinsames Cavum umgewandelt sind, dessen Auskleidung von neugebildeten Massen hergestellt wird. Diese Neubildung fest, unelastisch, hie und da excoriirt oder mit blutig-eitrigen Krusten bedeckt, sehr empfindlich, bei leisester Berührung blutend. Druck auf die Aussenfläche der Nase schmerzhaft. Die hintere Nase ganz durch solche Neubildung verstopft, die beiderseits vom Septum ihren Ursprung nahm und sich auch gegen das Cavum pharyngo-nasale vordrängte. Bei Inspection der Mundhöhle zeigte sich, dass die Uvula fehlt, der weiche Gaumen in der Mittellinie theilweise zerstört, einen Spitzbogen darstellt, rigid, derb, am Rande narbig ist. Das Infiltrat zieht sich, an der Oberfläche excoriirt entlang den Arcus glossopharyngeus, so dass Bewegung und Niederdrücken der Zunge auch Schmerz verursacht. Kehlkopf normal. Die Behandlung bestand in Wegräumung ganzer Partien des Neugebildes mit galvanokaustischer Schlinge, die aber rasch wieder nachwuchsen. Injectionen von Salicylsäure, Tragen von Nasenbougies, doch Alles erfolglos. **Finger.**

Barduzzi. Rhinosclerom. (Pisa 1884. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. Jänner—Febr. 1885.)

Der Autor ist der Ueberzeugung, dass das Rhinosclerom parasitärer Natur sei. Die Untersuchung excidirter Stücke auf Mikroorganismen hat ähnliche Resultate ergeben, wie Frisch und Pellizzari schon früher erhalten haben. Untersuchungen frischen Gewebes ergaben zahlreiche kurze Bacillen, welche sich in grossen, voluminösen Zellen vorfinden, die in regressiver Metamorphose begriffen sind. Dieselben färben sich mit Gentianaviolett intensiv. Culturen nach Koch's Methode ergaben nach 30 Stunden schon Wucherungen. Der Autor schliesst dem zu Folge das Rhinosclerom an Lupus und Lepra an. **Finger.**

Melcher und **Ortmann.** Uebertragung von Lepra auf Kaninchen. (Berl. Klin. Wochschr. Nr. 13. 1885.)

Wenn Damsch ebenso wie Vossius jüngst nach Uebertragung von Leprastückchen (bei Katze, resp. Kaninchen) Infectionen in der Nachbarschaft der Impfstelle constatiren konnten, so berichten nun Melcher und Ortmann über eine Allgemeininfection des Versuchsthieres. Ein Kaninchen, dem ein Stückchen aus dem Hautknoten

eines Leprakranken in der vorderen Augenkammer implantirt war und das bis auf eine geringe, wenig progrediente Kerato-Iritis an der Einstichsstelle gesund geblieben war, starb plötzlich 300 Tage nach dem Experiment und die zu spät benachrichtigten Autoren konnten erst nach 48 Stunden die Section des fäulnissfreien Thieres machen. Die anscheinend von frischer Tuberkeleruption befallenen Lungen, das Herz mit mehreren linsengrossen Verdickungen in dem parietalen Blatte des Herzbeutels, die Bulbi wurden für mehrere Tage in dünne Chromsäurelösung gelegt. Bei der nun vorgenommenen histologischen und bacteriellen Untersuchung fanden M. u. O. an den genannten Organen Veränderungen, die sie durchaus als lepröse ansprechen müssen. War es schon auffallend gewesen, dass die centralen Hauptmassen der Lungen frei erschienen, während die der Pleura zunächst gelegenen Theile und die Pleura selbst voll solitärer oder auch confluirender Knötchen waren, die sich zum Theile pendelartig von ihr abhoben, so ergab nun die mikroskopische Untersuchung und Forschung nach Ehrlich'scher Methode in einem isolirten Knötchen der Chorioidea und in der Iris (des Versuchsauges), in Knötchen des Herzbeutels grosse runde und ovale, reichlich Bacillen tragende Zellen. Besonders stark war die Bacilleninvasion in den Lungen, wo die Stäbchen fast nur in den typischen grossen Zellen lagen, die zu runden und spindelförmigen Haufen gruppenförmig gelagert erschienen. Tinctoriell verhielten sich die Bacillen wie Leprabacillen, indem sie sich in alkalischen Anilinfarbenlösungen schneller färbten als die Tuberkelbacillen; dies zusammen mit der Massenhaftigkeit der Bacillen innerhalb der sehr grossen Zellen, der typischen Lagerung der letzteren bringt die Verfasser, trotzdem die Untersuchung auf Eigenbewegung der Bacillen und auf Verimpfbarkeit nicht möglich war, zu der Ueberzeugung, dass in ihrem Falle eine Allgemeininfection von Lepra erzielt sei. Sie glauben, dass bei Leberschäden und so langer Ueberwachung der Versuchsthiere auch Andere zu solchen Resultaten kommen möchten, und dass die häufigen finalen Lungenerkrankungen lepröser Menschen vielleicht nicht immer, wie bisher geschehen, als phthisische zu deuten seien, jedenfalls auf Leprabacillen dabei untersucht werden müssten.

Caspary.



Hämorrhagische Dermatosen (mit vorwaltender Blutung in das Hautorgan, ohne entzündliche Wallung oder locale Stase).

Wetherill. Ein Fall von Morbus maculosus Werlhofii, complicirt mit Menorrhagie. (Philadelphia med. Times. 7. März 1885.)

W. beschreibt einen Fall von Werlhofischer Krankheit, welcher eine 44 Jahre alte Frau betraf. Die Krankengeschichte enthält keine besonders bemerkenswerthe Details. Das in Folge der Menorrhagie und das aus dem Darm abfliessende Blut zeigte bei der Untersuchung folgende Eigenschaften: das erste abfliessende Blut war sehr arm an Fibrin und nicht coagulabel und zeigte in Bezug auf die Anzahl der rothen und weissen Blutkörperchen keine wahrnehmbaren Verhältnissdifferenzen. Aber als Erschöpfung der Patientin eintrat, verringerte sich die Anzahl der rothen Blutkörperchen bei Zunahme der weissen. Die rothen Blutkörperchen schienen mit Serum imbibirt zu sein, schwollen an und verloren ihre biconcave Gestalt. Die Kranke genas.

Horovitz.

Dermatomykosen.

Besnier. Betrachtungen über die parasitären Hautkrankheiten. Paris 1884. (Monographie.)

B. hatte im Auftrage der Academie über den Werth einer von Dr. Cramoisy vorgelegten Arbeit (Traitement des teignes) zu urtheilen, und berichtete in der Sitzung vom 8. Jänner 1884 in eingehender Weise über dieselbe, nachdem er unter Mitwirkung des Dr. C. eine grosse Reihe von Versuchen an Kranken seiner Abtheilung im Hôp. St. Louis vorgenommen hatte.

Dem eigentlichen Berichte schickt B. einige allgemeine Bemerkungen über die Wirkung unserer Therapie bei den durch pflanzliche Organismen verursachten Hautkrankheiten voraus. B. bekämpft darin hauptsächlich die Ansicht, dass irgend eines der bekannten Mittel durch Vernichtung der Parasiten zur Heilung führe, also als wahres Parasiticidium wirke. Wenn man z. B. Plaques von Pityriasis versicolor mit als pilztödtend bekannten Lösungen behandelt, die Lösung aber nicht so concentrirt anwendet, dass durch ihren Gebrauch entzündliche Erscheinungen entstehen, trete niemals Heilung ein; wohl aber, wenn man Irritation mit folgender Abschuppung erzielt hat. Es sei die irritirende Wirkung der angewendeten Mittel und nicht deren pilztödtende



Eigenschaft, durch welche Heilung erzielt wird. Alle Dermatophyten verhalten sich gegen sogenannte parasiticide Mittel refractär, so lange diese in einer Concentration angewendet werden, welche sich noch mit der Lebensfähigkeit der Gewebselemente verträgt. Eine wahre Heilung trete nur ein, wenn die Pilze spontan die Fähigkeit sich weiter zu entwickeln, verlieren, oder wenn die pilzführenden Zellschichten entfernt werden.

In dieser Hinsicht gehe auch Cramoisy von einer falschen Voraussetzung aus, wenn er das Acidum pyrolignosum als parasiticides Heilmittel gegen alle Mykosen empfiehlt. Das Acid. pyrolignosum ist schon lange und vielfach speciell auch bei den mykotischen Hauterkrankungen verwendet worden.

Nach Cramoisy werden die kranken Stellen, nachdem vorher die Haare mit der Scheere kurz abgeschnitten wurden, mittelst Borstenpinsel einmal ziemlich energisch mit unverdünntem oder nur wenig mit Wasser versetztem Acid. pyrolignosum eingerieben, und soll die Heilung nach einer oder wenigen Applicationen eintreten. B. macht darauf aufmerksam, dass die Anwendung des Acid. pyrolignosum sehr schmerzhaft ist und häufig heftige Dermatitis darauf folgt.

Bei Favus konnte B. niemals Heilung durch Cramoisy's Methode erzielen. Bei den durch Trichophyten verursachten Affectionen stand die Wirksamkeit des Mittels ungefähr in gleicher Linie mit den gewöhnlichen Verfahren. Bei gewissen Formen von Alopecie wirkte es wie andere Reizmittel günstig. Auch das Acid. pyrolign. wirkt durch Erzeugung einer desquamativen Entzündung und nicht durch Tödtung der Parasiten.

B. resumirt: Cramoisy's Verfahren ist als allgemeines Heilmittel für die mykotischen Erkrankungen im Sinne des Autors nicht verwendbar, das Acid. pyrolignosum jedoch als unschädliches, Entzündung erregendes Mittel bei Herpes tonsurans und Alopecia atrophica empfehlenswerth. Riehl.



Syphilis.

Gonorrhoische Processe.

Fränkel. Bericht über eine bei Kindern beobachtete Endemie infectiöser Colpitis. (Virchow's Archiv. Bd. 92. Heft 2. 1884.)

Aus dem allgemeinen Krankenhause zu Hamburg berichtet Fränkel über eine bei 8—12 Jahre alten Kindern beobachtete Endemie (1881—84) infectiöser Colpitis, die meist scharlachkranke, aber auch anders erkrankte kleine Mädchen betraf. In allen Fällen handelte es sich um einen 3—6 Wochen und darüber anhaltenden, ohne alle Entzündung, noch Complication, ohne alle Beschwerden irgend welcher Art verlaufenden Ausfluss, der meist von Anfang bis zu Ende einen rein eitrigen Charakter zeigte und auch ohne Behandlung recidivlos aufhörte. Da alle männlichen Scharlachkranken derselben Jahre, alle menstruirten Weiber frei blieben von entsprechenden Ausflüssen, kleine Mädchen anderer in Raum und Wartung getrennter Abtheilungen ebenso erkrankten, jede Uebertragung ausgeschlossen war, so bleibt die Aetiologie dunkel. Beachtet wurde die Endemie besonders seit dem Vorkommen von 4 Fällen zum Theil hartnäckiger eitriger Conjunctivitis der besagten Kranken der Scharlachabtheilung, unter denen ein Fall nach recht langer Dauer unter Leukombildung heilte. Nachdem Uebertragungen auf Kaninchen erfolglos geblieben waren, wurden solche bei 3 moribunden Kindern gemacht; bei zweien (nach 12 Stunden resp. 2 Tagen gestorbenen) ohne Erfolg, bei einem 10 Tage überlebenden mit dem Resultate, dass am 5. Tage eine eitrige schnell und spontan rückgängige Conjunctivitis eintrat. — Die Untersuchung des Scheidensecrets ergab nun in allen Fällen der Scharlachabtheilung (auch in allen übrigen gleichzeitig untersuchten der anderen Abtheilungen, mit Ausnahme der an Typhus, Diphtherie, Masern, Rachitis Erkrankten), die alleinige Anwesenheit echter Neis-



ser'scher Gonococcen, die meist in grossen lymphoiden Zellen (auch intranucleär) seltener in Rundzellen, nie in Plattenepithelien, überdies daneben in freien Häufchen ausserhalb zelliger Elemente sich fanden. Als alleiniger und nicht wesentlicher Unterschied von den Gonococcen erwies sich die öfter constatirte Unmöglichkeit, Trockenpräparate in anderer als erwärmter Methylenblaulösung nach der gewöhnlichen Methode zu färben, während meist die kalte Lösung genügte, wie bei allen Fällen echter Gonococcen. Sonst waren alle Charaktere der Gonococcen vorhanden, während doch die Aetiologie und der klinische Verlauf absolut verschieden waren. Caspary.

Keyes. Versuche mit neuen Trippermitteln. (Journ. of cut. and ven. diseases Vol. II. Nr. 3.)

Der Erfolg der Behandlung der Gonorrhöe mit heissem Wasser war stets ein ungünstiger. Ebenso steht es nach K.'s Angaben mit den Jodoformstäbchen.

Sublimatinjectionen (1 : 3000) wurden bei frischen Gonorrhöen stets von heftigen Reizerscheinungen begleitet. Horovitz.

Barduzzi. Behandlung der Gonorrhöe. (Giorn. intern. delle science med. p. 1002, 1884.)

Zur Behandlung der acuten Blennorrhöe empfiehlt B. die Injection einer 0·01 : 0·08°/₀ Lösung von Sublimat in Wasser. B. hält es für angezeigt schon in den ersten Tagen der Blennorrhöe die Injectionen vorzunehmen u. zw. in den vordersten Harnröhrentheil 4—5mal täglich. — (Die vor einem Jahre auf der Klinik Prof. Auspitz's vorgenommenen Versuche der Sublimatinjectionen bei acuter Gonorrhöe mussten wegen intensiver Schmerzhaftigkeit, trotzdem man nur mit 0·03°/₀ Lösungen injicirte, abgebrochen werden.)

Blackwell. (New-York.) In Betreff der neuen Behandlung der Gonorrhöe. (Medical Record New-York 7. März 1885.)

Blackwell versuchte in 4 Fällen zweimal mit Erfolg, zweimal erfolglos die Behandlung eitriger Ausflüsse aus der Harnröhre mittelst Auswaschungen mit warmem Wasser und nachfolgender Durchspülung einer Lösung von Quecksilberbichlorid. B. hält nach seinen 4 Fällen diese Behandlung als wirksam bei einfacher Urethritis, bei wirklicher Gonorrhöe aber für unzulänglich.



Barton Hopkins. Neue Methode um den Testikel zu comprimiren. (Philadelphia medical Times 7. Februar 1885.)

B. empfiehlt zur Compression des Testikels folgenden Verband: Zuerst wird durch einen circulär ziemlich nahe gegen den Leistenring angelegten Heftpflasterstreifen der Hode am Ausweichen verhindert. Alsdann applicirt B. 4 Kautschukstreifen, welcher jeder $1^1/_4$" breit und von entsprechender Länge ist. Jeder dieser 4 Streifen, der früher applicirte Pflasterstreif und die Scrotalhaut wird mit Gummikitt bestrichen und dann die Kautschukstreifen der Längsrichtung des Hodens entsprechend, auf der betreffenden Scrotalhälfte applicirt.

Man muss sich hüten einen zu starken Druck auszuüben.

v. Zeissl.

Grünfeld. Behandlung des chronischen Trippers. (Centralbl. für die ges. Therapie, April 1884.)

Chronischer Tripper ist ein Collectivname für eine grössere Reihe von Krankheitsformen, die in der Harnröhre oder deren Umgebung ihren Sitz haben, durch sehr differente Merkmale sich manifestiren, in höchstens einem mässigen Ausflusse aus der Harnröhrenmündung ein gemeinsames Zeichen aufweisen. Es ist somit nothwendig, eine combinirte methodische Untersuchung in solchen Fällen vorzunehmen, will man die Ursache und den Sitz dieser Krankheit erkennen.

Zu diesem Zwecke muss man den Ausfluss mikroskopisch, den Urin chemisch und mikroskopisch untersuchen, die Harnröhre sondiren und endlich endoskopiren.

Den chronischen Tripper bedingen Alterationen der Mucosa, als: Urethritis granulosa und deren Abart Urethritis trachomatosa (Grünfeld), ferner Katarrhe nach langer instrumentaler Behandlung, Harnröhrengeschwüre, Narben- und Epithelialauflagerungen, endlich Excrescencen (Condylome) und Stricturen. Des weiteren sind es die drüsigen Elemente, welche, wenn sie erkrankt sind, den sogenannten chronischen Tripper erzeugen. Diese sind Katarrhe der Harnröhrendrüsen, der Morgagnischen Taschen, der Cowper'schen Drüsen und am häufigsten der regio prostatica sammt den daselbst einmündenden Ductus prostaticus und die Ausführungsgänge der vesiculi seminal., welch letztere sowohl im Gefolge von Blenn. als auch durch Excesse in Venere und Tuberculose erkranken können. Endlich können den chron. Tripper gewisse Blasen- und Nierenkrankheiten zuweilen erzeugen, wie Cystitis, Pyelitis, Phosphaturie, Diabetes etc.



Um alle die genannten Zustände zu erkennen, ist die oben angeführte combinirte Untersuchung nothwendig. Hat man nun den Sitz der Erkrankung constatirt, dann ist eine directe, örtliche Behandlung einzig und allein rationell. Die endoskopische Methode ist dabei nach Grünfeld die einzig richtige. Er verwendet bei Urethritis granulosa Lapislösung 1 : 10 jeden zweiten Tag zur stärkeren oder leichteren Aetzung je nach Bedarf, Kupferstäbchen bei Verdickungen der Schleimhaut nach Abnahme der Succulenz. Zur Nachbehandlung Jodkalijodglycerin Kalijod. 1·0
Jodi puri 0·1
Glycerini 15—20; ausserdem Ausspritzungen von Magist. Bismuthi 1 : 150 oder Plumb. acet. 2 : 100. Ist neben der Granulosa auch eine diffuse Urethritis, dann räth Grünfeld an, diese vorher mit Adstringentien in schwachen Lösungen zu behandeln. Bei Urethritis trachomat. sind nur Kupferstäbchen zu verwenden. Ist eine endoskop. Behandlung unzulässig, dann sind Injectionen und Gelatinbougies zu verwenden, wenn durch Epididymitis, Hämaturie überhaupt jede locale Behandlung nicht behindert ist.

Bei Ulcerationen an der Harnröhrenschleimhaut empfiehlt Grünfeld Aetzungen von Lapis in Substanz oder mit Solut. cupr. sulf. 1 : 10 oder endlich Sublimat 0·10 : 10·0 Spirit.

Bei Epithelialauflagerungen Jodkalijodglycerin-Bepinslungen.

Stricturen sind durch Dilatation zu beheben, recent beginnende auch nebstbei mit Lapis solut. 1 : 10 zu ätzen. Polypen und analoge Excrescenzen sind operativ zu entfernen.

Bei katarrhalischen Erkrankungen der Pars prost. sind energische Lapisätzungen en crayon mit Zuhilfenahme des Endoskopes nothwendig. Bei Hypertrophien des Collic. seminalis Bepinslungen mit einer Jodtinctur. Ausser der endoscopischen Behandlung erwähnt Grünfeld auch andere therap. Massnahmen, als Irrigation mit Ultzman's Kath., systematische Sondirungen, Anwendung von Kühlsonden. Unterstützt wird die Behandlung durch passende Trinkcuren von Mineralwässern, event. Medication mit Roborantien. **Mraček.**

Amato und de Luca. Neue theurapeutische und chemische Studien über das essentielle Oel des Copaivbalsam und die Copaivsäure als Antiblennorrhagica. (Catania 1885. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. März—April 1885.)



Die Autoren stellen als Resultat ihrer Arbeit die folgenden Sätze auf:

1. Von den Componenten des Copaivbalsam hat keine einzige für sich allein eine ausgesprochene antiblennorrhagische Wirkung. Jene Wirkungen, welche einzelnen der Componenten zugeschrieben werden, beruhen darauf, dass man dieselben selten rein, sondern meist mit geringen Mengen der anderen verbunden käuflich vorfindet.

2. Das Copaivöl übergeht in den Urin, woselbst es mit einigen Tropfen einer Mineralsäure eine röthliche Färbung, das Copaivaroth gibt. Gleichzeitig wird Harnsäure präcipitirt.

3. Die Copaivasäure übergeht in den Urin als alkalische Verbindung, welche sich im Verdauungstractus bildet.

4. Sowohl das Oel als die Säure rufen Vermehrung der Harnsäure und harnsauren Salze hervor, als Beweis, dass sie im Stoffwechsel Reductionsprocesse anregen. Finger.

Barduzzi. Therapie der gonorrhoischen acuten Cystitis. (Giorn. internaz. d. scien. med. p. 1008. 1884).

Nach B. erzielt man die besten Erfolge bei acuter gonorrhoischer Cystitis durch das Instilliren von 40 Tropfen einer 1% Lösung von salpetersaurem Silberoxyd in die Blase. Diese Procedur wird in den ersten 5 Tagen hintereinander vorgenommen, späterhin werden nur 20 Tropfen in die Blase injicirt. v. Zeissl.

Primäre venerische Geschwüre und Drüsenaffectionen.

De Luca. Ueber die Möglichkeit, die Syphilis vom Menschen auf Thiere zu übertragen. (Catania 1884. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. Jänner—Febr. 1885.)

Verf. hat an 20 Kaninchen Versuche der Uebertragung verschiedener Secrete aus verschiedenen Stadien der Syphilis, sowie die Uebertragung physiologischer Secrete syphilitischer Individuen angestellt, indem er dieselben theils unter die Haut einbrachte, theils impfte, theils in das Blut einspritzte. Die Versuche wurden mit grosser Sorgfalt ausgeführt und stets Controlthiere unter gleichen Verhältnissen unterhalten, auch die Lebensbedingungen der Versuchsthiere wesentlich modificirt. In einem Falle hat der Verf., um die Natur einer bei einem Versuchsthiere entstandenen verdächtigen Ulce-



ration zu untersuchen, den Eiter derselben sich selbst eingeimpft. Als Resultat aller seiner Versuche stellt Luca den Satz auf, dass Kaninchen für das syphilitische Gift nicht empfänglich sind, und alle jene Veränderungen, welche sich an die Impfung anschliessen, und von denen manche ein specifisches Ansehen haben, sich unter gleichen Verhältnissen auch bei nicht geimpften Thieren entwickeln.

Finger.

Pontoppidan. Wann wird die Syphilis constitutionell? (Annal. de derm. et de syph. T. VI, Nr. 4, p. 193.)

Verf. hat in der dermatologischen Section des internationalen Congresses in Kopenhagen einen Fall demonstrirt, an dem er eine Ueberimpfung eines primär-syphilitischen Affectes vorgenommen hat und beschreibt nebst diesem noch 4 andere Versuchsfälle, zu denen er einige Vor- und Schlussbemerkungen hinzufügt. Der bisher unentschiedene Streit über die Bedeutung der Sclerose als Ausdruck eines noch localen oder schon constitutionell gewordenen Leidens gewinnt namentlich eine eminent praktische Bedeutung bei der Excision des primär-syphilitischen Affectes. Die geringe Anzahl von Fällen, in denen nach einer Excision keine syphilitischen Erscheinungen nachgekommen sind, ist nicht im Stande, jene zu überzeugen, die annehmen, dass in diesen Fällen überhaupt keine syphilitischen Symptome nachgefolgt wären, sei es, weil die Diagnose der Sclerose unsicher war, sei es, weil in einzelnen Fällen die Sclerose als locales Leiden ohne weitere Consecutiva verbleiben kann. Folgt nach der Excision weitere Ausbreitung der Syphilis, dann ist die Syphilis bereits über das zu excidirende Gebiet ausgedehnt gewesen, sie ist schon constitutionell. Verf. meint, dass es ihm durch die Inoculation von Individuum auf Individuum gelingen wird, den Zeitpunkt, in welchem das Gift in den Körper eindringt, zu fixiren.

Bekanntermassen hat die Inoculation mit Sclerosen-Secrete an einem nicht-syphilitischen Individuum eine Sclerose zur Folge, an einem constitutionell syphilitischen gibt sie ein negatives Resultat, selbst wenn der inoculirte Träger der Sclerose nun bereits constitutionell-syphilitisch war. Nun glaubt Pontoppidan, dass, wenn die Inoculation zu einer Zeit vor der constitutionell gewordenen Krankheit ausgeführt worden wäre, sich sowie bei einer Ansteckung eine Induration entwickelt hätte. Seine Versuchsfälle sind in kurzem folgende:



1. Fall. Bei einem Kranken, der ein Geschwür im Sulc. cor. mit einer leichten Induration zeigt, wurden 3 Lanzettstiche am Abdomen überimpft. Am 5. Tage keine, am 11. Tage Beginn einer Infiltration der Basis als Reaction. Die Zeit der Ansteckung ist nicht genau zu ermitteln.

2. Fall. Infection 3 Wochen. Seit 15 Tagen Excoriation am Präputium und Geschwüre im Sulc. cor., später Sclerose circa Orificium urethrae, 3 Inoculationen am Abdomen zeigten am 3. Tage keine, am 22. eine Reaction in Form von Papeln.

3. Fall. Infection ein Monat. Sclerose im Sulc. cor. Inoculation ergibt am 2. Tage keine, am 6. Tage eine kaum bemerkbare Reaction, am 13. Papeln.

4. Fall. Infection 4 Wochen. Inoculation, am 3. Tage keine Reaction, am 12. Tage eine solche in Form von elevirten, gerötheten Stellen, am 19. Tage Papeln, am 26. Ausbruch des Syphilides. Der Fall wurde in der Section vorgestellt.

5. Fall. Infection 12 Tage. Inoculation am 4. Tage sichtbar, am 11. Tage geröthet, am 18. Tage Papelbildung.

Pontoppidan glaubt, die Fälle unter ein Paradigma subsumiren zu können, weil sie einander ähnlich sind:

Eine Inoculation, gemacht im Momente des Auftretens der ersten Induration an der Ansteckungsstelle hat das Auftreten kleiner Papeln zur Folge, welche nach 2—3 Wochen und zwar vor der Allgemeineruption eines Syphilides auftreten, die Grösse einer Erbse erreichen, an der Basis induriren (oberflächlich zerfallen), während dem sich die constitutionellen Erscheinungen entwickeln. Darnach schliesst der Autor, dass der Organismus in gewissen Fällen und bis zu einem gewissen Zeitraume auf eine Autoinoculation so reagiren könne, wie ein Gesunder, nicht syphilitisch Inficirter. Er stellt die Inoculationsversuche in gleiche Parallele mit den Initialsclerosen mit dem Unterschiede, dass sie mit der Entwicklung der constitutionellen Erkrankung die Neigung haben, sich zurückzubilden, weil ihr Boden sozusagen für das Fortbestehen sich ungünstig gestaltet. Im Beginne der Induration scheint das Gift sich zwar über die Grenze der Initialsclerose z. B. bis zur nächsten Drüsengruppe auszubreiten, ohne jedoch den Organismus saturirt zu haben, wie in der Incubationsperiode nach dem Auftreten der Induration.

(Anmerkung des Referenten: Aus diesen Versuchen lässt

Fig. 5.

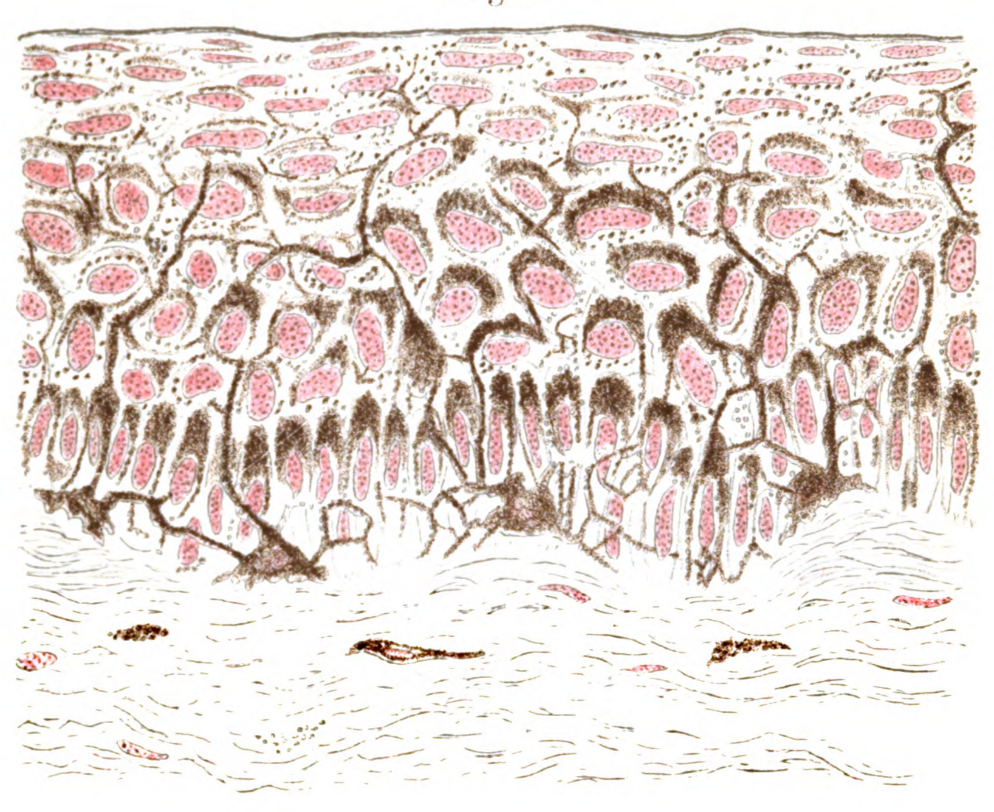


Fig. 6.



Fig. 7.





Ehrmann: Phys. u. Path d. Hautpigm.

sich weder mit Sicherheit erschliessen, wann das Contagium vom Angriffspunkte sich über den Körper ausbreitet, noch ob eine Excision der Initialsclerose und wann dieselbe vorzunehmen sei.) Mraček.

Constitutionelle Syphilis-Formen und Beiträge zur Behandlung der Syphilis.

Barthélemy. Auto-inoculation des syphilitischen Schankers. (Annales de dermatol. et de syphil. Tom. VI, Nr. 4, p. 200.)

Verfasser glaubt nicht, dass Pontoppidan durch seine Experimente zur Klärung der Frage über Excision der Sclerosen beigetragen habe, gibt aber zu, dass dadurch bestätigt wurde, was man schon längst wusste, dass nämlich die Syphilis gradatim den Körper durchdringt, wie man es z. B. an einer Initialsclerose des Augenlides sehen kann, der die Schwellung präauricularer Drüsen, dann der submaxillaren, der Cervical- und schliesslich erst der Subclavicular-Drüsen folgt. Barthélemy erinnert ferner an die ähnlichen Versuche von Raynaud und Chauveau, die auch drei Reihen von Impfpusteln mit Vaccine erzeugen konnten, bevor die Immunität im Organismus sich entwickelt hat. Es wird ferner ein Fall angeführt, der einen deutlich syphilitischen Initialaffect (chancre syphilitique) und Leistendrüsen zeigte. Die Induration bestand noch nach drei Monaten und die Drüsenschwellungen noch nach vier Monaten, ohne dass sich weitere Syphiliserscheinungen selbst nach 18 Monaten nachweisen liessen. Eine allgemeine Behandlung wurde nicht angewendet. Nun fragt Barthélemy, ob das nicht ein gegen die Syphilis widerspenstiger Organismus zu sein scheine, und schliesst etwa mit folgenden Sätzen:

1. Wenn ich eine Excision gemacht hätte, hätte ich dieser die Wohlthat einer Verdünnung des Syphilisgiftes nicht zugeschrieben?

2. Wenn ich anderseits eine Auto-Inoculation nach Pontoppidan wiederholt hätte, hätte ich nicht eine benigne Syphilis in eine schwere umgewandelt, mit anderen Worten, darf man unter diesen Umständen nicht eine stärkere Infection (Surinfection) befürchten?

Besnier. Syphilis der Glasbläser. (Paris, G. Masson 1885. Monographie.)

Schon im Jahre 1824 und 1833 war man bestrebt, statt der Glasbläser Maschinen bei der Glasfabrication einzuführen. Bisher blieb



es jedoch bei blossen Vorschlägen. Die Uebertragung der Syphilis durch die Rohre veranlasste 1859 Chassagny Mundstücke für jeden einzelnen Glasbläser zu empfehlen. Vergebene Mühe! Die Arbeiter bedienten sich deren nicht. Guinand hat als Fabriksarzt in Rive-de-Gier zwei Fälle von syphilitischer Ansteckung durch das Blasrohr constatirt und veranlasst deshalb monatliche Untersuchungen der Arbeiter. Er untersuchte die Lippen, die Wangen, den Rachen und die Genitalien. Seitdem kam in 9 Jahren nur eine Ansteckung vor. Was die Anstellung syphilitisch erkrankter Bläser anbetrifft, so ist eine Vorsicht bei deren Aufnahme geboten und zwar ist zu beachten, ob der Arbeiter eine zweimonatliche Kur durchgemacht hat, ob die Mund- und Rachenaffecte mindestens einen Monat geschwunden sind, schliesslich muss er nach seinem Eintritte in die Arbeit durch zwei Monate hindurch alle 8 Tage und von da an noch 2—3 Monate jeden 15. Tag untersucht werden. Die Sache ist deshalb schwierig, da während der Secundärperiode (2 Jahre hindurch) jede Erosion an der Mundschleimhaut die Uebertragung an einen Gesunden vermitteln kann. Guinand berichtet über bereits bekannte Lippen- und Mundaffectionen, als Einrisse, Excoriationen etc. Neben diesen beobachtet er um den etwas erweiterten Ductus Stenonianus eine Schleimhauterkrankung, die eine Insel bildet von silberweisser Farbe und die nach der von Schwimmer beschriebenen Leukoplakia buccalis (Vidal-Leukoplasie) benannt werden könnte. Das was diese bei den Glasbläsern speciell vorkommenden Plaques vor anderen auszeichnen soll, ist ihr Sitz um den Duct. Stenon., ihre Symmetrie, ihr Erscheinen zu beiden Seiten für gewöhnlich kleiner als ein Fünf Francs-Stück in Silber und erreichen nur die Commissur, was häufig bei Schleimhautaffectionen (Stomatite épithéliale) aus anderen Ursachen vorzukommen pflegt. Sie entwickeln sich bei Glasbläsern, welche auch Nichtraucher sind, so dass der Tabak auf ihre Entwicklung keinen Einfluss zu haben scheint. Diese Schleimhauterkrankung steht zur Syphilis in keiner näheren Beziehung, denn die Ansteckung bei Glasbläsern kommt an den Lippen, der Zunge und den Mandeln vor.

Tiessier. Hereditäre Syphilis, Leber- und Milzaffection, Osteomalacie. (Annales de derm. et de la syph. T. VI, Nr. 4, p. 207.)

Ein 19jähriges, in der Entwicklung kaum einem 12jährigen gleichkommendes Individuum wird auf die Abtheilung von Dr. Siredey



aufgenommen. Anamnestisch lässt sich keine für die Syphilis der Eltern sprechende Thatsache vorbringen. Im 6. Lebensjahre wurde beim kleinen Patienten wegen Ascites eine Punction gemacht; ausserdem litt er einmal an Contractur im linken Kniegelenke, welche mit Extension behandelt wurde. Nachdem noch mehrere Erkrankungen die Spitalhilfe nöthig machten, trat vor der Aufnahme eine bedeutende Schwäche der unteren Extremitäten auf. Bei der Aufnahme fand man das Abdomen stark ausgedehnt durch die vergrösserte Leber und die relativ noch grössere Milz. Die unteren Extremitäten abgemagert; die rechte erscheint länger als die linke und in der Diaphyse des Oberschenkels verdickt. Leucocythaemie erscheint ausgeschlossen, da das Verhältniss der rothen zu den weissen Blutkörperchen 300 : 1 beträgt. Zu diesem Befunde fand man noch eine Verhärtung des Testikels und lineare weissliche Narben an den Lippen und sah sich zur Annahme veranlasst, dass die Ursache der vorgefundenen pathologischen Veränderungen hereditäre Syphilis sei. Die Behandlung (2 Gr. Jodkali p. d. und Einreibung), konnte der Kranke nicht vertragen. Eine wiederholte Fluctuation am rechten geschwollenen Oberschenkel machten mehrere Male Einschnitte nothwendig, bei deren ersterem sich blos blutige Flüssigkeit, bei dem letzteren aber auch blutige Jauche entleerte. Dieser Umstand und ein wiederholt aufgetretener Brechdurchfall machten dem Leiden nach mehr als ein Jahr dauernder Behandlung ein Ende. Der Kranke erlag im Collaps.

Bei der Section fand man die Milz 24 Ctm. lang, 1380 Gr. schwer; ihre Kapsel stellenweise verdickt, das Parenchym stark verdichtet; mikroskopisch liess sich eine bindegewebige Entartung der Lymphoiden-Elemente an vielen Stellen nachweisen. Die Leber von normalem Gewichte, zeigte nirgends narbige Einziehungen an der Oberfläche. Mikroskopisch konnte man fast überall die Zunahme des Bindegewebes in annulärer Anordnung (speciell französische Auffassung einzelner Formen der Lebercirrhose; Anmerk. des Referenten.) mit Erhaltung der Leberzellen constatiren. Die Musculatur des Oberschenkels war durchsetzt von Streifen, welche mikroskopisch als eine gummöse Infiltration erschienen. Das darunter liegende Periost überall adhärent verdickt und an der Theilungsstelle der Linea aspera zu einem gummösen Knoten umgewandelt; der Oberschenkelknochen spontan gebrochen, und zwar an einer Stelle, wo der Process der Osteomyelitis gummat. am weitesten gediehen und die compacte



Knochensubstanz am meisten verdickt war; ausserdem lag an der Bruchstelle quer ein Knochenfragment von 8 Ctm., welches noch an Bindegewebsresten mit den übrigen Knochenenden zusammenhing und an dem die Knochenresorption am weitesten gediehen war, so dass es wie wurmstichig aussah. In der ganzen Länge des Oberschenkels war das Mark entzündet und an zwei noch schärfer umgrenzten Stellen verkäst. Die Tibia der rechten Seite ist in der oberen Partie in ihrem Marke auch vascularisirt und roth, in der unteren blässer. Die Gelenke waren frei. Die mikroskopischen Untersuchungen bestätigten den Befund der Ostitis mit Erweiterung der Medullarkanälchen und einer Zellen-Infiltration.

(Anmerkung des Ref. Osteomalacie wird in diesem Falle ein Process genannt, dessen Beschreibung uns klar darthut, dass es sich um eine Osteomyelitis gummatosa mit consecutiver Veränderung und Knochenbruch gehandelt hat.)

Hermet. Hereditäre Syphilis mit Gehörsläsion einhergehend. (Annales de derm. et de la syph. T. VI. Nr. 3. 1885.)

Hermet theilt einen Fall mit, in welchem es sich um eine im 9. Lebensjahre nach einem Schreck binnen vier Tagen aufgetretene Taubheit handelt und bezieht dieselbe auf hereditäre Syphilis, nachdem sie weder hysterischen noch auch tabetischen Ursprungs sein kann und derartige Taubheit nur diesen drei Ursachen zuzuschreiben ist. Die objective Untersuchung der 25 Jahre alten Person ergab an dem Gehörorgan einen negativen Befund. Für hereditäre Syphilis sollen Narben an der Cornea, Narben in der linken Achselhöhle, welch letztere von einer Eröffnung einer Geschwulst herrühren, ausserdem die Anamnese, die den Haupttheil der Krankengeschichte ausmacht, sprechen. Hermet sieht sich zu folgendem Schlusse veranlasst: 1. In gewissen Fällen kann man die hereditäre, syphilitische Diathese blos durch die Untersuchung der Erscheinungen am Gehörorgane ermitteln; 2. Die tardive, hereditäre Syphilis kann sich allein in Störungen des Gehörorganes kundgeben, die in vollständiger Taubheit bestehen, rasch auftreten und sich mit intactem Gehörleitungsapparat vereinigen können. Schliesslich führt Hermet diese Störungen auf eine Neuritis des Gehörorganes zurück. Es gibt somit bei Syphilis Affectionen des Gehörorganes in der ebenerwähnten Form, weiter solche, die als Mittelohrentzündungen auftreten und sich blos durch die Schmerz-



losigkeit von den gewöhnlichen unterscheiden sollen und endlich eine Form, welche in nachfolgender Krankengeschichte behandelt wird: „Ulceröses Syphilid im äusseren Gehörgange“.

Ein dreijähriges, von syphilitischen Eltern abstammendes Mädchen bot mehrere für hereditäre Syphilis sprechende Zeichen; als: eine Nasendeformation, cariöse, kleine Zähne, suspecte Narben am Körper. Seit 7 Monaten hatte das Kind zeitweilig einen Ohrenfluss und ein Geschwür im äusseren Gehörgange und zwar des ganzen unteren Segmentes des Gehörganges mit Zerstörung des unteren Segmentes des Trommelfells. Locale und allgemeine Behandlung brachte das Geschwür in 14 Tagen zur Vernarbung.

Gaudichier. Zwei Beobachtungen, das Colles'sche Gesetz betreffend. (Annales de derm. et de la syphil. T. VI, Nr. 2. 1885.)

Im Verlaufe von einem Jahre beobachtete Gaudichier im Spitale St. Louis nachfolgende zwei Fälle, an denen sich das sogenannte Colles'sche Gesetz bewahrheitete. Am 15. März 1884 kam in die Abtheilung des Prof. Fournier eine 24jährige Mutter mit ihrem vier Monate alten Kinde, welches mit recenten Syphiliserscheinungen im Gesichte, speciell am Kinn, den Lippen und der Zunge, und auch am übrigen Körper behaftet war. Das Kind brachte die Eruption im Gesichte mit zur Welt; die übrigen Erscheinungen kamen erst hinzu. Es wurde von seiner Mutter gestillt, an der sich keine Krankheitssymptome oder deren Reste nachweisen liessen. Die Mutter hat viermal geboren; das erste Kind war ein gesunder Knabe, dann erfolgte zweimal Abortus und als viertes kam das kranke Kind. Die erste Schwangerschaft stammte von einem anderen Manne, die letzten drei von einem, der vor etwa acht Jahren syphilitisch erkrankt war.

Der zweite Fall aus der Abtheilung des Prof. Besnier betrifft ein 7 Wochen altes Kind, welches zahlreiche confluirende Papeln im Gesichte mit kleineren Erosionen an der Oberlippe nebst vielen deutlichen syphilitischen Affecten darbietet. Dessen Mutter 21 Jahre alt, war nie mit syphilitischen Ausschlägen etc. behaftet und säugt ihr krankes Kind. Der Vater dieses Kindes hat ebenfalls vor circa acht Jahren Syphilis acquirirt, welche von deutlichen Secundärerscheinungen gefolgt war.

Mraček.



Joseph. Hemiparesis syphil.; Fall intracranieller Syphilis als frühes Recidiv nach Hydr. tann. oxyd. (Aus Köbner's Poliklinik für Hautkrankh. — Berl. klin. Woch. Nr. 30. 1885.)

Ein 17jähriger Mann hatte bei Beginn der einem harten Schanker folgenden Hautausschläge und ebenso 6 Wochen später bei Recidiv (zusammen 87) Sublimatinjectionen erhalten, zugleich wurden Inunctionen mit grauer Salbe angewandt. Nach 12jähriger Latenz trat ein unbehandelt gelassener Ausschlag ein, dem 4 Wochen später unter starken Kopfschmerzen im Halbschlaf, starkem Kopfsausen u. A. — eine Lähmung der rechten Körperhälfte folgte. Nach wenigen Stunden liess die Schwäche nach, um bald auf eine geringe bleibende Paresis bei guter Sensibilität und Temperatursinn, etwas gesteigerten Sehnenreflexen zurückzugehen (Hemiparesis in Folge von Endarteriitis syph. cerebr.) Ausserdem fanden sich an mehreren Stellen annuläres papulöses Hautsyphilid und die Inguinal-, Axillar-, Cervical- und Cubiitaldrüsen vergrössert und hart. Köbner weist auf die von ihm jüngst betonte Wichtigkeit der localen Behandlung indurirter Lymphdrüsen hin, die nach der Auffindung des Syphilisbacillus mehr wie je als Depôts von Giftresten verdächtig seien. — Unter Sublimatinjectionen schnelles Abheilen der Syphilis und Besserung der Motilität.

Ein 42jähriger Mann, der wegen eines sehr grossen indurirten Ulcus und einseitiger grosser und harter Polyadenitis inguinalis während der ersten 3 Monate örtlich 8mal 15.0 Sap. merc. moll. und dann 18·0 Ungt. ciner. verbraucht hatte, erhielt wegen heftiger dolores osteal. frontis das Lustgarten'sche Quecksilbertannat. In fünf Wochen wurden 10 Grm. verbraucht, während welcher Zeit nur geringe Schleimhaut- und Drüsensymptome auftraten, dann durch drei Monate 80 Gr. Jodkali, dann wieder eine Woche Lustgarten's Präparat. Nach 3 Monaten trat Patient wieder in Behandlung mit linksseitiger Labyrinthaffection und zweifelhafter intercranieller Erkrankung, die theils in das Periost des Schädels, theils in die Gehirnhäute, vielleicht auch in die Gehirnrinde zu verlegen war. (Stupider Gesichtsausdruck enormes continuirliches Kopfreissen, Schwindel, Romberg'sches Symptom, Gang mit gespreizten Beinen, Aphasie, Agraphie, Abnahme der motorischen Kraft beider Beine bei normaler Sensibilität.) Da diese Symptome trotz vierteljährigen Jodkaliumgebrauches anhielten, wurde zur Schmiercur übergangen, die schnelle Besserung brachte. Köb-



ner ist durch diesen (und andere) Fälle misstrauisch geworden, ob der dem neuen Präparate nachgerühmte Einfluss auf Verminderung der Recidivfähigkeit der Syphilis bestehe. Caspary.

Charpentier. Gehirnsyphilis und allgemeine Lähmung. (Annal. de derm. et de la syph. T. VI. Nr. 3.)

Ch. theilt einen Fall mit, in dem die betreffende Kranke von der Strasse aufgegriffen wurde, da sie ihr Domicil nicht zu finden wusste. Periostitis gummosa frontis, Gumma palpebrae, Ozaena, Otitis media mit Perforation des Trommelfells, partielle Sehnerv-Atrophie nach einer Neuritis, ältere pigmentirte Narben am Perineum und an der grossen rechten Schamlippe sind in Kürze die begleitenden Erscheinungen nachfolgender Lähmungszustände. Die Kranke sitzt halb gelähmt im Sessel, lässt Urin und Stuhl unter sich, auf gestellte Fragen kann sie nicht antworten, da sie dieselben nicht versteht und bringt nur unverständliche Laute hervor. Die Zunge bleibt zwischen den Zähnen, der Gesichtsausdruck ist unbeweglich, stumpfsinnig; der Speichel fliesst ihr über die herabhängende Unterlippe aus dem Munde; die Nahrung verlangt sie nicht und erwacht nur beim Anbringen derselben an die Lippen; die Arme lässt sie fallen, unterstützt kann sie sich mit zitternden Extremitäten bewegen. Die geistigen Störungen und Lähmungszustände wurden nach Charpentier näher durch die vorerwähnten begleitenden Erscheinungen gekennzeichnet, und man nahm Syphilis als die Ursache derselben an und verordnete 4 Gr. Jodkalium p. d. nebst mercuriellen Einreibungen. Nach 14 Tagen besserte sich der Zustand der Kranken, sowohl was die äusseren Zeichen der Syphilis (Gummositäten), als auch was die Motilitätsstörungen betrifft. Der Geisteszustand hat sich nach 4wöchentlicher Behandlung soweit gebessert, dass die Patientin, wenn auch mühsam, so doch wahrnehmbar nachfolgende Auskünfte geben konnte: Patientin ist 39 Jahre alt, verheiratet und hat einen 17jährigen Sohn; von der Zeit der Ansteckung mit Syphilis, sowie von etwaigen Hautaffectionen weiss die Kranke nichts anzugeben. Sie litt blos öfters an Halsschmerzen und verlor seit einigen Jahren die Haare. Vor sechs Jahren hatte sie Kopfschmerzen in der Stirne und im Hinterhaupte, welche von Ueblichkeiten und Erbrechen gefolgt waren. Vor vier Jahren hatte Patientin den ersten epileptiformen Anfall, der sich dann im letzten Jahre dreimal im Monate wiederholte. Diesen Anfällen gingen keinerlei



nervöse Erscheinungen voraus. Zur Zeit dieser Angabe ist der Facialis der rechten Seite gelähmt und die rechte obere und untere Extremität paretisch; die Physiognomie gewinnt an Ausdruck. Resumé: Nach einer Serie epileptiformer Anfälle, welche erst im späteren Alter von 34 Jahren auftraten, verliert die Kranke das Bewusstsein etc. in einer Zeit, wo die tertiären Syphiliserscheinungen äusserlich sich entwickelt haben. Eine rasche Besserung dieser Erscheinungen neben der Wiederkehr der intellectuellen und motorischen Fähigkeiten in Folge specifischer Behandlung lässt auf den syphilitischen Ursprung der geistigen und motorischen Störungen schliessen. Die äusserlich sichtbaren Gummositäten lassen die Annahme zu, dass es sich um ähnliche intracranielle oder meningeale Erkrankungen in diesem Falle handelt, welche das Bild der von Fournier beschriebenen Pseudoparalysie générale syphilitique hervorgebracht haben.

Alexander. Ein Fall von gummösen Geschwülsten der Hirnrinde. (Separat-Abdruck a. d. Breslauer ärztl. Zeitschr. 22. 1884.)

Ein 28jähriger Arbeiter kam am 3. Octob. wegen Nackenstarre, Kopfschmerzen und leichter Somnolenz zur Aufnahme in die Klinik des Prof. Biermer. Anamnese:

Infection vor 6 Jahren; vor 3 Jahren heftige Iritis o. s., zur selben Zeit ein hartnäckiges Fussgeschwür und Hodengeschwulst; vor mehr als 1 Jahre Kopfschmerzen, vor $^1/_2$ Jahren der erste Krampfanfall mit Bewusstlosigkeit, welchem bald immer heftigere und häufiger auftretende folgten, so dass zur Zeit einer Behandlung wegen Periostealgummen am Thorax in der chirurgischen Klinik jede 2—5 Tage ein epileptischer Anfall vorkam, dem jedoch keine Aura vorausging, später aber ein starkes Zittern in der linken Hand den Beginn des Anfalles anzeigte. Die Kopfschmerzen wurden auch immer heftiger, wobei der Kopf stark nach hinten gebeugt gehalten wurde. Beim Bewegen des Kopfes steigerte sich der Schmerz namentlich im Hinterkopfe. Das Gedächtniss des Patienten hat gelitten; die Fragen beantwortet er träge und mit Widerwillen. Die rechte Pupille ist stark verengt (links ist ein Coloboma nach Iridectomie); Bewegungen der Lider, der Augen, der Gesichtsmuskeln und der Zunge sind durchwegs normal; Puls etwas verlangsamt 54 p. Min. Patient kann gehen und stehen, wenn auch unsicher, Patellarreflex beiderseits verstärkt, das Localisationsvermögen sowie die Tastempfindung der Haut sind

erhalten. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergibt eine Stauungspapille auf beiden Augen; das Sehvermögen ist erhalten. Der Hirndruck mit Kopfschmerz und Nackensteifheit, die seit 6 Monaten bestehenden epileptischen Anfälle ergaben die Annahme eines intracraniellen Tumors. Nahezu 48 Stunden vor dem Tode stieg die bis nun normale Temperatur auf 38 und 39·5°, die Unruhe des Patienten wurde grösser, es stellten sich Delirien ein und Patient starb unter Trachealrasseln bei 39·4° und 124 Pulsschlägen.

Bei der Section fand man eine Osteoporosis syph. am rechten Scheitelbein und Gummata in beiden hinteren Centralwindungen mit Erweichung der darunter liegenden Marksubstanz. Ausserdem Hyperämie und Oedem der Lungen, Hyperämie der Nieren, der Leber und Arteriitis catarrhalis.

In der Epikrise that der Autor dar, dass die meisten Symptome, als die Benommenheit des Sensoriums, die Kopfschmerzen, die Stauungspapille, die gesteigerten Patellarreflexe sich durch den Befund am Gehirn erklären lassen. Die Krampfanfälle sind als Produkt einer Reizung der motorischen Centra von Seite des Tumors aufzufassen. Die Nackensteifheit dürfte bei dieser intracraniellen Erkrankung entweder in Folge einer reflectorisch tonischen Innervation der Nackenmuskeln durch eine starke Reizung der sensiblen Nerven der Dura oder auch durch eine directe Reizung des Rindencentrums für die Nackenmusculatur zu erklären sein. Letzteres scheint dem Autor nicht wahrscheinlich.

E. Kohn. Poetische Glossen über den Terminus Psoriasis palmaris et plantaris syphilitica. (Wien. med. Presse 1884.)

K. hebt als lobenswerth hervor, dass die jüngeren Autoren über Syphilidologie die Nomenclatur der Exantheme vereinfachen und wendet sich gegen das Beibehalten der oben angeführten Benennung bei Ausschlägen an der palma manus und planta pedis. Schuppen, Ausschläge wurden schon von den älteren Autoren genau geschildert, der Ausdruck Psoriasis bei schuppenden, syphilitischen Ausschlägen hat sich erst in den 40er Jahren eingebürgert.

Die Gründe, welche man für das Fortbestehen des Terminus gewöhnlich anzuführen pflegt, geht der Verf. durch, will aber weder die Aehnlichkeit mit der Psor. vulg. noch den eigenthümlichen hartnäckigen Verlauf dieser Affection gelten lassen, weil erstere eben nur



selten und vielleicht nur vorübergehend besteht, letzterer aber auch anderen Syphilisprodukten zukommt. Diese pathologischen Zustände an der Hohlhand und an der Fusssohle zeigen ihre Eigenthümlichkeiten im Vergleich zu anderen Hautausschlägen bei Syphilis durch die anatom. Beschaffenheit der Haut, an der sie vorkommen, ebenso wie jene in der Plica ani, am Scrotum an der Schleimhautgrenze etc.

Verf. meint es gehöre dies nicht zum Wesen der Krankheit, wenn auch der Verlauf ein eigenthümlicher und schleppender ist, denn die Syphilis müsse auf der Haut überall gleiche patholog. Produkte erzeugen.

Wenn auf den Handtellern, Fusssohlen eine Ausschlagsform vorkommt, die als Theilerscheinung einer universellen der Psor. vulg. guttata ähnlichen zu betrachten ist, so ist nach K. auch dies kein Grund sie Psoriasis zu nennen, weil bei näherer Betrachtung die Plaques aus dicht nebeneinander gedrängten schuppenden Papeln bestehen weshalb sie auch besser als Pap. syph. desquamantes bezeichnet werden sollten. Sind demnach neben anderen Flecken, Papeln, Pusteln, solche auf der palma oder planta, so soll man sie ebenfalls so benennen. Erscheint aber ein Exanthem auf den in Rede stehenden Stellen, ohne dass ein ähnliches oder überhaupt eines auf der übrigen Haut des Körpers nachgewiesen ist, so ist entweder das Exanthem bereits geschwunden und nur das der palma und planta blieb noch übrig oder das letztere entwickelte sich einige Monate später und ist ebenfalls als Theilerscheinung des bereits geschwundenen aufzufassen und darnach zu benennen.

Schliesslich kamen in seltenen Fällen oft viele Jahre nach der Infection Erkrankungen der palma oder planta vor, welche sowohl durch eine besondere oft jahrelange oder durch eine besondere hartnäckige Wiederkehr sich auszeichnen.

Für diese Erkrankung schlägt Verf. vor, den von Fuchs gebrauchten Namen Syphilolepis cornea zu wählen, welcher identisch ist dem von Biel angegebenen Syphilid squameux corné oder Exanthema syph. tardivum palmare et plantare.

Verf. erwartet, dass eine nähere histologische Untersuchung eine exactere Bezeichnung ergeben könnte.

Seit Fallopia's Zeiten, führt Verf. des Weiteren aus, haben die Aerzte die Fälle als besonders schwer geschildert, wenn sie die palmae et plantae miterkrankt sahen und haben sich durch diesen



Irrthum zu falschen Diagnosen und gar vielleicht zu überschwänglichen unnützen, ja sogar schädlichen therapeutischen Massnahmen hinreissen lassen. (Die Erfahrung lehrt aber in der That, dass gerade diese Fälle es sind, bei denen Endarteriitis u. a. cut. Leiden der schwerwiegendsten Art vorzukommen pflegen. Fehler kommen auch ohne Psoriasis palm. und plant. vor und werden nicht eher ermieden werden, so lange das schematische Verfahren in der Syphilistherapie nicht aufhören wird.) Mraček.

Gaudichier. Syphilitische Phthise, Heilung. (Annales de derm. et de la syphil. T. VI, Nr. 3.)

Am 1. März 1884 kam auf die Abtheilung von Fournier ein Kranker, 39 Jahre alt, der an beiden Unterschenkeln Haut- und Knochengummen trug, deren erste sich bereits vor 23 Jahren gezeigt haben. Die linke Clavicula war auf das Dreifache verdickt. Seit zwei Monaten magerte der Kranke ab, und konnte seiner Beschäftigung nicht nachkommen. Einige Tage vor seinem Eintritte in's Spital hat Patient erst gehustet, hatte aber Abends kein Fieber und keine Schweisse und hat nie Blut ausgeworfen. 2—3 Tage nach der Aufnahme haben sich reichlich schleimig eitrige Sputa mit Striemen von Blut gezeigt. Der Lungenbefund ergibt eine Caverne in der Spitze der linken Lunge nebst rasselndem Geräusche in dieser und auch der anderen Seite. Fournier stellt somit die Diagnose: syphilitisch, Hyperostosen mit tuberculosem Affecte beider Lungenspitzen, links mehr vorgeschritten. Anamnestisch lässt sich nichts für eine erworbene Syphilis erheben und auch die Annahme der hereditären basirt blos auf einer abgelaufenen Otitis chronica ohne Eiterung. 4 Gr. Jodkalium pro die Chinawein, und Verband brachten eine wesentliche Besserung in 14 Tagen sowohl an den Unterschenkeln als auch in den Lungen. Der Kranke erholte sich, 40 Tage nach seinem Eintritte schwanden nahezu alle pathologischen Erscheinungen an den Lungen und 20 Tage später verliess der Kranke das Spital mit vollständig normalem Lungenbefunde. Angesichts der wunderbaren Wirkung, welche hier das Jodkalium hervorbrachte, bestätigt sich die Diagnose auf Syphilis und Gaudichier glaubt es hier auch mit gummöser Erkrankung der Lungenspitzen zu thun gehabt zu haben und schreibt diesem Verfahren in ähnlichen veralteten Fällen von Syphilis und Lungenerkrankungen eine grosse praktische Bedeutung zu. Nach



11 Monaten sah Gaudichier den Kranken wieder, dessen Lungen vollständig geheilt waren. Das Allgemeinbefinden war gut, nur der linke Unterschenkel war neuerdings exulcerirt. Mraček.

Moos und Steinbrügge. Histologischer Beitrag zur Genese der Syphilis-Kachexie. (Berl. klin. Woch. Nr. 19. 1885.)

Moos und Steinbrügge untersuchten die Felsenbeine eines Mannes, der an syphilitischer Caries des Schädels und harten Gaumens, chronischer Pneumonie, amyloider Degeneration in Milz, Leber, Nieren, zu Grunde gegangen war. Späteren ausführlichen Bericht verheissend, berichten sie nur kurz über die Veränderung der Spongiosa in der intra vitam Ruptur der zartwandigen Gefässe des Marks, mithin Untergang zahlloser rother Blutkörperchen stattgefunden habe. Wenn, wie sehr wahrscheinlich sei, derselbe pathologische Vorgang auch in Markräumen anderer Knochen in Zukunft werde nachgewiesen werden, so müsse derselbe zweifellos in hohem Grade störend auf die Blutmischung einwirken und einen wesentlichen Factor bei der Ausbildung der Syphiliskachexie ausmachen, denn zu dem Untergange zahlloser rother Blutkörperchen komme noch die Hemmung der physiologischen Neubildung von Blutkörperchen im Knochenmark hinzu.

Caspary.

Fischer. Syphilitische Necrose des Atlas. Heilung. (D. Ztsch. für Chirurgie 20. Bd. 1885.)

7 Monate nach dem Auftreten eines harten Schankers Entwicklung schwerer Halssymptome, Schlingbeschwerden, Hustenreiz, näselnde Sprache, Regurgitiren der Speisen und Getränke durch die Nase. Dabei wurde der Patient immer mehr mager und matt, ein quälender Husten mit eitrigem Auswurf raubte ihm die Nachtruhe, endlich kam es noch zu einem „steifen Nacken". Die Untersuchung der Brust ergab nichts Abnormes, der weiche Gaumen geröthet, dick infiltrirt und derb, unbeweglich und steif. Die hintere Rachenwand in ein grosses grau belegtes Geschwür verwandelt, dessen obere Grenze unbestimmbar, die untere bis zur Zungenbasis reichte. Kehlkopf frei.

Nase und Gehörorgan nicht beeinträchtigt. Jede Drehbewegung des Kopfes beschränkt und schmerzhaft, die Nickbewegungen nur in sehr geringem Masse auszuführen. Schmierkur, Gurgelungen und Aetzungen mit Argent. nitr. lassen eine Besserung im Sprechen und

beim Schlingen eintreten. Jedoch musste die Schmierkur wegen Salivation schon nach 14 Tagen ausgesetzt werden. Olei jecoris und Jodkali innerlich. — Das Rachengeschwür wird auch besser, nur die Nackensteife persistirt und nimmt noch zu. Am 7. Februar, also im 10. Krankheitsmonate konnte in der hinteren Rachenwand schon ein entblösster Knochen gefühlt werden. 4 Tage später brachte Patient ein ausgehustetes Knochenstück von 2·5 Ctm. Länge, das sich als der vordere Bogen des ersten Halswirbels präsentirte. Die Gelenkfläche für den Zahn des Epistropheus glatt. Jetzt ging die Heilung sehr rasch vor sich, die Beweglichkeit des Kopfes nach allen Richtungen wurde hergestellt. Keine Recidiven. — Ein ähnlicher Fall, aber im 12. Jahre der Syphilis ist von Warte 1849 beschrieben worden. Horovitz.

Arcari. Ueber den subcutanen Gebrauch des Jodnatrium. — Vorlesung, gehalten in der Versammlung des Ospedale Maggiore in Mailand, am 14. Februar 1885. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. März—April 1885.)

Der Vortragende hat in Fällen, in denen in Folge gastrischer Symptome Jodnatrium innerlich nicht vertragen wurde, dasselbe subcutan in Dosen von 0·3—1·0 in Wasser gelöst injicirt und wurden diese Injectionen, die möglichst tief in die Glutaei eingebracht wurden, vollkommen reizlos vertragen und zwei solche Injectionen täglich applicirt. Gegenüber dem Syphilisprocess wurden in vielen Fällen sehr gute Resultate erzielt und bei quantitativer Untersuchung des ausgeschiedenen Jod im Urin als auffallend notirt, dass in den Fällen mit günstigem Heileffect die Ausscheidung des Jod langsam und in geringer Menge, umgekehrt in Fällen erfolgloser Behandlung die Ausscheidung des Jod rasch und in grosser Menge erfolgte. Der Verf. schliesst daraus, dass man in den letzteren Fällen grössere Dosen durch längere Zeit geben müsse, um Heileffecte zu erzielen. In Fällen, in denen grosse Dosen Jod indicirt seien, empfehle es sich, neben der innerlichen auch die subcutane Methode anzuwenden, um so den Magen theilweise zu entlasten. Finger.

L. van der Holven. Genesung durch Erysipel. (Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde Nr. 42, 1884. — Centralbl. f. Chir. Nr. 9, 1885.)

Serpiginöse Hautulcera, seit Jahren bestehend, auf beiden Nates und hinterer und innerer Fläche des oberen Theils des rechten Ober-



schenkels. Verf. behandelte sie während eines halben Jahres mit verschiedenen internen und externen, specifischen sowie nicht specifischen Mitteln resultatlos. Auftreten eines heftigen, spontanen Erysipels, worauf definitive Genesung der Ulcera folgte.

Petichau. Gleichzeitige Behandlung der Syphilis mit Jod innerlich und mit Hg äusserlich. — **Heilung einer schweren** Myelitis. (Arch. med. Belges. 1884.)

P. empfiehlt die interne Verabreichung von Jod und die gleichzeitig vorzunehmende Application von Hg in Form einer subcutanen Injection. Als Effect dieser combinirten Behandlung tritt rasch Ptyalismus auf. Auf diese Weise gelang es P. einige Formen von Syphilis und eine schwere luetische Lähmung centraler Natur zu heilen.

Horovitz.

Soffiantini. Behandlung der constitutionellen Syphilis nach dem Vorgange von Smirnoff. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. Jänn. Febr. 1885.)

Verf., ein Assistent Scarenzio's, hat 37 Fälle mit subcutanen Calomelinjectionen, zum Theil nach der von Smirnoff angegebenen Methode der tiefen Injectionen in die Glutäi behandelt, gute Resultate erzielt und schliesst sich den von Smirnoff aufgestellten Sätzen an:

1. Dass nach dieser Methode vorgenommen, der in Muskelfleisch eingeschlossene Injectionsherd äusseren Schädlichkeiten wenig zugänglich ist.

2. In Folge der geringen Empfindlichkeit der Musculatur die Schmerzen gering sind.

3. Die Gefahr der Ulceration wegen der Dicke der Haut- und Muskeldecke gering ist.

4. Doch müsse die Canüle so lang sein, dass man wirklich in das Muskelfleisch unter die Fascie gelangt.

Finger.



Buchanzeigen und Besprechungen.

Der Mikro-Organismus der gonorrhoischen Schleimhaut-Erkrankungen — Gonococcus Neisser — nach Untersuchungen beim Weibe und an der Conjunctiva der Neugeborenen dargestellt von Dr. Ernst Bumm, 2. Assistenzarzt an der geburtshilflich-gynäkol. Klinik zu Würzburg. Mit 4 Tafeln. Wiesbaden, Verlag von Bergmann 1885. 146 Seiten.

Angezeigt von Dr. Schiff, Privatdocent in Wien.

Nach Neisser ist der von ihm (1879) entdeckte Gonococcus nicht nur functionell, sondern auch morphologisch eigenartig, besitzt eine verhältnissmässig bedeutende Grösse, semmelförmige Gestalt, d. h. besteht aus zwei mit den flachen Seiten aneinanderliegenden, etwas abgeplatteten Halbkugeln, bildet Haufen, nie aber Ketten, weil er sich in abwechselnd aufeinander senkrecht stehenden Achsen im Raume theilt und vermehrt. Er zeichnet sich durch das vorwiegende Gebundensein an die Eiterzellen des Secretes aus; er ist absolut constant bei jeder gonorrhoischen Schleimhautentzündung und findet sich bei keiner anderen Erkrankung.

Der Gonococcus ist seither von vielen Forschern fast regelmässig im gonorrhoischen Secrete der männlichen und weiblichen Harnröhre, bei Blennorrhoea neonatorum, bei typischen gonorrhoischen Conjunctivitiden, im Lochialsecret gonorrhoisch inficirt gewesener Frauen, bei gonorrhoischen Kniegelenksentzündungen aufgefunden und für die virulente Gonorrhöe specifisch erklärt worden. Impfungen mit Reinculturen brachten in einer männlichen Harnröhre eclatanten Tripper hervor. Gonococcenfreies Lochialsecret von einer nie vorher inficirt gewesenen Frau rief an der Conjunctiva der Neugeborenen keine blennorrhoische Erkrankung hervor. Gegnerischen Behauptungen zufolge hatte man identische Diplococcen in nicht gonorrhoischem Eiter gefunden, solche bei ausgesprochen gonorrhoischen Affectionen vermisst, bei Impfungsversuchen mit Reinculturen negative Resultate gesehen.



Verf. gelangt in seiner Monographie über den Gonococcus zum Schlusse, dass der Gon. Neisser gar nicht morphologisch, wohl aber in seinem physiologischen und pathologischen Verhalten absolut eigenartig und für die wirkliche Gonorrhöe specifisch ist. Seine Untersuchungen befassen sich mit der Morphologie, dem Verhalten im Secret und dem Vorkommen des Gon.; ferner mit dessen Verhalten im Gewebe, seiner Reincultur und Rückimpfung. Verf.'s Ausführungen sind in Folgendem reproducirt:

Die eigenthümliche Gestalt des Gon. kommt erst zur Wahrnehmung, wenn derselbe durch aufgenommenen Farbstoff von seiner Umgebung gut differenzirt ist. Der länglich-runde Pilzkörper zeigt dann bei Abbé'scher Beleuchtung und homogener Immersion in der Mitte einen deutlichen Spalt. Die beiden oft ungleichen Hälften des 8-er, besser semmelförmigen Pilzes sind keine reinen Halbkugeln, sondern eher stark gewölbte Scheiben. Wenn der Gon. mit seiner Längsachse parallel der optischen Achse des Mikroskopes liegt, so sieht man nur die eine Hemisphäre des Pilzkörpers, die sich von oben dann selbstverständlich als spaltlose Scheibe präsentirt. Die halbkugeligen Theile zeigen oft bereits wieder einen Ansatz zu einer weiteren Abschnürung, welche mit einer leicht concaven Einschnürung an den einander zugekehrten Seiten der Halbkugeln anfängt, manchmal blos auf die eine Coccenhälfte beschränkt und schwer zu sehen ist. Die am meisten vertretene Mittelform des Gon. lässt sich am besten der Bohne des Perlkaffees vergleichen, welche der einen Hälfte entspricht; zwei mit den flachen Seiten aneinandergehaltene Bohnen stellen das Bild eines ausgewachsenen Gon.-Exemplars dar.

Die von R. Koch für alle Spaltpilze angenommene Schleimhülle wird oft dort, wo die Pilzkörner in der Einbettungsflüssigkeit einfach suspendirt, nicht von ihr durchdrungen sind (wie z. B. im Schleime), infolge des allseitigen Zurückziehens der Einbettungsflüssigkeit beim Eintrocknen durch die übrigbleibende durchsichtige Lücke vorgetäuscht. Von der eigentlichen Schleimhülle überzeugt man sich am ehesten bei der Betrachtung eines ungefärbten, frischen Präparates in Essigsäure.

Die Semmelform hat der Gon. mit einer ganzen Reihe von ihm und unter sich gut unterscheidbarer „Diplococcen“ gemein, solche sind u. a.: 1. citronengelber Diplococcus, nicht pathogen; 2. milchweisser Diploc., nicht pathogen; 3. gelbweisser Diploc., pathogen, bei Cystitis



u. a. Eiterungen (Fränkel) gefunden; 4. grauweisser Diploc., nicht pathogen; 5. rosafarbiger Diploc., nicht pathogen. Mittlere Grösse bei 1. = 1,5 μ, 2. = 1,25 μ, 3. = 0,5—1,5 μ, 4. = bis zu 2,28 μ, 5. = 1—1,5 μ. Diese Diplococcenarten sind viele Generationen hindurch bez. aller Eigenschaften constant befunden worden. Hieran reiht sich ein weisser D. im Colpitiseiter von Kindern (Fränkel), vermuthlich nicht pathogen, und ein dem Neisser'schen sehr ähnlicher Diplococcus, der Sarcina-artig zu 4 oder 8 beisammenliegende Individuen zeigt.

Der Gon. zeigt gleich der Mehrzahl aller Spaltpilze eine grosse Verwandtschaft zu den basischen Anilinfarben, voran Methylviolett, Dahlia- und Gentianaviolett. Methylenblau lässt den Unterschied in der Tingirung zwischen den Zellkernen und den Gonococcen am stärksten hervortreten, überfärbt nie und schwellt nicht an. Doch nimmt die Färbung mit Methylenblau lange Zeit in Anspruch. Der Gon. entfärbt sich sehr leicht, was eine gute Doppelfärbung unmöglich macht. Für praktische Zwecke sind Präparate mit concentr. wässeriger Fuchsinlösung zu empfehlen, deren Herstellung nur 2—3 Minuten dauert und bei welchen keine Ueberfärbung und Verschwommenheit stört.

Die Grösse des Gon. variirt nach dem Alter der Individuen, dem Nährboden, der Erwärmung, der angewandten Reagentien, der Imbibition mit dem verwendeten Farbstoff. Mittels Zeiss'schen Objectivs (homogene Immersion $^1/_{18}$) und Ocularmikrometers ergab die Messung einer grösseren Anzahl mit Fuchsin leicht aufgefärbter Gon. folgende Zahlen:

Ausgebildeter grosser Diplococcus:

Länge von Pol zu Pol 1,6 μ
Breite in der Mitte 0,8 μ

Sehr kleiner Diplococcus mit nur leicht angedeutetem Zwischenspalt:

Länge von Pol zu Pol 0,8 μ
Breite in der Mitte 0,6 μ

Die meisten Gon. massen über 1 μ; das Mittel = 1,25 μ.

Ein charakteristisches Merkmal des Gon. ist das gruppenweise Beisammenliegen auf den Eiterzellen.

Die Coccen sind im Protoplasmakörper der Eiterzelle eingebettet. Dies zeigt sich deutlich, wenn man frisches Secret in Essigsäure untersucht. „Man sieht dann den Zellleib als Kugel plastisch hervortreten und bemerkt ohne weiteres, wie die in seinem



Innern liegenden Coccen bei der allmählichen Auflösung der Zellsubstanz vom Flüssigkeitsstrome nach und nach fortgeführt und zerstreut werden. Durch genügend lange Behandlung mit Essigsäure gelingt es auf diese Weise, die Gon. aus den Eiterzellen frei zu machen und Präparate zu erzielen, in welchen sich bei nachheriger Auffärbung die Mehrzahl der Gonococcenhäufchen in der Umgebung der zurückgebliebenen Kerntheile in aufgelockertem Zustande oder ganz zerstreut vorfindet.

In den Kernen der weissen Blutzellen liegen die G. niemals.

Man muss annehmen, dass der Gon. die Fähigkeit besitzt, in das lebende Zellprotoplasma einzudringen. Dieses dient ihm zugleich als Nährboden und Kittsubstanz, die das Auseinanderweichen der gebildeten Gonococcenpaare verhindernd die Häufchenbildung ermöglicht, welche ausserhalb der Zelle nur schwer zu Stande kommt.

Die Zahl der coccenhaltigen Zellen ist im eitrigen Stadium des Trippers am bedeutendsten. Frei im Secrete befindliche Häufchen sind gewöhnlich kleiner.

Eine Proportionalität zwischen der Menge der G. und der Intensität der Entzündungen besteht nicht. Das Auftreten der G. im Secrete kann auch intermittiren, namentlich ist dies der Fall bei complicirt gebautem Schleimhauttractus, was vermuthen lässt, dass der G. sich an gewissen Stellen der Schleimhaut („Drüsen, Recessus?") ohne Symptome zu machen, lebenskräftig und vermehrungsfähig erhalten kann und bei einer erneuten Secretion im Schleimeiter wieder zu ausgedehntem Wachsthume gelangt.

Die Beobachtung des recidivirenden, chronischen Urethraltrippers und der Cervixgonorrhöe ergibt die Thatsache, dass in späteren Stadien der Krankheit das Wachsthum der G. wenigstens theilweise von dem Vorhandensein der Schleimhautabsonderung abhängig ist (Puerperium, Menstruationshyperämie). Bei Schwangeren haben sich G. im spärlichen Cervicalsecret 6 Monate fortgepflanzt, bei einem Mädchen waren ein Jahr nach der Infection Gonococcen im Cervicalsecret. Doch kommen auch rasche Eliminationen ohne medicamentöse Behandlung vor.

Hemmend auf die Entwicklung des G. im Secret wirken: Injectionen von Solut. zinc. sulfo-carbol., Sublimatlösung (1 : 10.000), Tannin, Bleiessig (1 : 100), Höllenstein (0,25 : 100), Carbolsäure (0,25—0,5 : 100), innerlicher Gebrauch von Copaivabalsam.



Mit Bestimmtheit nachgewiesen ist das Vorkommen des Gon. in den pathologischen Secreten folgender Organe:

1. Männliche und weibliche Urethra. In ersterer im acuten Stadium des Trippers immer nur allein, später und am Orificium mit ähnlichen Diplococcen und auch Stäbchen vermischt. Beim Weibe sind infolge der Weite und der Ausmündung in das Vestibulum immer viele andere Mikroorganismen zu finden.

2. Blase und Niere (Bockhart).

3. In periurethralen Abscessen bei Gonorrhöe.

4. Kniegelenk.

5. Conjunctiva.

6. In einem einzigen Falle im Rectum nach Coitus praeternaturalis.

7. Corpus uteri.

8. Cervix uteri, wo Gonorrhöe chron. sehr häufig ist, aber weil symptomlos, oft übersehen wird. Consequente Untersuchung des Cervicalsecretes, anscheinend des günstigsten Mediums zur Entwicklung des G. ist gerathen.

9. Bartolinische Drüsen, bei acuten und chronischen Entzündungen.

Aus diesen Fundorten lässt sich schliessen, dass der G. nur auf Schleimhäuten mit einfachem Cylinderepithel, oder auf ähnlichem dünnen Epithel mit zartem Protoplasma der zelligen Elemente fortkommt.

Scheide und Scheidenvorhof bilden nur eine scheinbare Ausnahme. Die G. gelangen dahin nur aus anderen Schleimhäuten, haften daselbst fast gar nicht, bringen nur unbedeutende Granulationen hervor, wenn G. direct eingeimpft oder längere Zeit in Contact gelassen werden, wie all dies aus sorgfältigen Experimenten hervorgeht. Vaginitis und Vulvitis gonorrhoica ist demgemäss nicht anzunehmen, da der G. in zusammenhängendes lamellenartiges Plattenepithel nicht eindringt.

Bei jungen Mädchen erklärt sich die Möglichkeit einer gonorrhoischen Infection der Vagina aus der Zartheit der Epithelauskleidung und der Weichheit des Protoplasma.

Ueber das Verhalten des G. im Gewebe geben 26 Präparate des Verf. Aufschluss, sämmtlich von der besonders geeigneten Conjunctiva, die sich an allen Stellen so ziemlich im gleichen Stadium



der Entzündung befindet. Die Präparate stammen von Entzündungen vom 1.—32. Tag. Infectionsquelle grösstentheils Lochien und Cervix der Mutter. Präparate wurden in absolutem Alkohol gehärtet, in Paraffin eingeschmolzen und zum grössten Theile in Serienschnitte zerlegt. Zur Färbung der Schnitte sind am besten starke, frisch hergestellte Lösungen von Methylviolett (conc. alkoholische Lösung) in Toluidin- oder Anilinwasser in einem Uhrschälchen. Die Schnitte sollen eine halbe Stunde in der Lösung liegen, ein Zeitraum, der nach der Entfärbung in Alkohol die G. zwischen den hellvioletten Kerntheilen tiefdunkelblau und mit deutlicher Semmelform hervortreten lässt. Zusatz von Essigsäure zum Alkohol ist wegen zu leichter Entfärbung des G. zu vermeiden. Nach kurzer Aufhellung in Nelkenöl werden die Schnitte in erhitzten, kein Chloroform enthaltenden Canadabalsam eingeschlossen, worauf sie lange unverändert bleiben.

Die Untersuchung des Verhaltens des Gon. bei Blennorrhoea neonatorum gibt nach den Präparaten folgendes Resultat:

Eine kleine Menge von Mikroorganismen gelangt in den Conjunctivalsack, findet daselbst in der Feuchtigkeit günstigen Nährboden und vermehrt sich. Der G. dringt dann zwischen die obersten Epithelzellen und in deren weiches Protoplasma, später hauptsächlich durch die Kittsubstanz bis an den Papillarkörper der Schleimhaut, oft schon am zweiten Tage. Aus dem erweiterten Capillarnetz wandern grosse Schwärme weisser Blutzellen in das oberste Stratum des Bindegewebes, von da durch das Epithellager zur Oberfläche. Das Epithel wird zerfasert und abgehoben, den Mikroorganismen der Weg zum Papillarkörper geöffnet, in dessen oberflächlichsten Schichten ihre Ausbreitung Halt macht. Sie bilden daselbst Reihen und rundliche Colonien, coccenhaltige Eiterkörperchen oft nicht nachweisbar. Die Rundzelleninfiltration reicht schliesslich bis 2 Mm. unter die freie Oberfläche der Schleimhaut, wird immer dichter und führt endlich zum eitrigen Stadium der Blennorrhoea.

Vom 4. Tage an beginnt die Regeneration von Epithel mit cubischen oder länglichen, rasch proliferirenden Zellen und bereitet der weiteren Ausbreitung der Coccen ein Ende. Die Zellen schliessen sich bald zu förmlichen Epidermislamellen zusammen, die den Mikroorganismen ein undurchdringliches Hinderniss entgegenstellen. Die Auswanderung der Eiterzellen dauert fort. Manchmal wachsen am 4.—12. Tage vom untersten Epithelzellstratum vielgestaltige, solide



Zapfen in das bindegewebige Substrat und verleihen dem Schnittpräparat das Aussehen der Wucherungszone eines Cancroides. Um diese Zeit beherbergen nur mehr die obersten Partien der Epitheldecke Reihen und Häufchen des Gonococcus, wenn nicht der neugebildete Epithelüberzug durch den Andrang der auswandernden Rundzellen abermals auseinandergeworfen wird, in welchem Falle die Coccen neuerdings in zahlreichen Colonien in die gelockerte Epithelpartie vordringen.

In der 3. Erkrankungswoche ist der Bindehauttractus mit einem alle Charaktere des Pflasterepithels besitzenden Ueberzug ausgekleidet, der diese Beschaffenheit bis zur Rückbildung der Schwellung und Wucherung des Papillarkörpers beibehält. Während eines Theiles des eitrigen und während des ganzen schleimig-eitrigen Stadiums findet die G.-Wucherung bereits ausserhalb der Gewebscontinuität auf der Epitheloberfläche und im Secrete statt.

Mächtigkeit und Dauer der Invasion ist variabel, bei Erwachsenen scheint die Regeneration später einzutreten. Auftreten und Verlauf der Infection mit diesen Mikroben wird auch durch die speciellen Verhältnisse der verschiedenen Schleimhäute modificirt, doch reicht dies noch nicht hin, den Widerspruch mit dem Bockhart'schen Befunde ganz zu erklären, welch letzterer noch am 10. Tage normal aussehendes Cylinderepithel (der männlichen Harnröhre) zeigt, wobei die Coccen bis tief in die Submucosa, sogar ins Corpus cavernosum vorgedrungen sind. und sich in den Zellkernen vorfinden.

Die Ausbreitung der Gonococcen in und auf dem Gewebe ist wohl im Stande, den Entzündungsprocess zu erklären, denn abgesehen von den mechanischen Insulten, die sie während ihres Vordringens dem zarten Gewebe zufügen, sind ja auch chemische Kraftleistungen der Mikroorganismen bekannt, die sie hier ausüben können.

Nach Bockhart geschieht die Elimination der Coccen durch die Eiterung, indem die Eiterzellen innerhalb des Gewebes die in sie eingedrungenen G. an die Oberfläche mitnehmen. In den Gewebsuntersuchungen der Conjunctiva zeigten sich coccenhaltige Eiterzellen sehr selten, und das Eindringen der Coccen in die Protoplasmasubstanz schien vielmehr im Secrete stattzufinden. Die Heilung erfolgt nicht so sehr durch die Elimination, als durch die Bildung der undurchdringlichen, mehrschichtigen Pflasterepitheldecke, die erst ganz gegen das Ende der Krankheit einem normalen Cylinderepithel weicht.



Zu Culturzwecken nehme man nur Eiter, der aus den unteren Partien der Harnröhre durch Druck, aus der Conjunctiva durch Oeffnen der Lider entfernt worden ist, weil sonst leicht ähnliche Diplococcen zu Täuschungen führen, oder Stäbchen den G. überwuchern können. Verfasser erzielte die besten Resultate, indem er zu erstarrtem Thierblutserum menschliches Blutserum beifügte und das Gemisch abermals bis zum Gelatiniren erhitzte, wodurch die oberste Schichte einen beträchtlichen Procentsatz an menschlichem Blutserum gewann; die Temperatur des Wärmeschrankes betrug 30—34° C., die Culturgläser wurden behufs Hintanhaltung der Austrocknung in ein grosses, nicht ganz bis zur Hälfte mit destillirtem Wasser gefülltes Gefäss gestellt, welches durch eine gut aufgeschliffene Glasplatte gedeckt wurde. Die Oberfläche des Blutserums blieb auf diese Weise Tage lang feucht und zart gallertig.

Stark coccenhaltiges Secret aus der ersten Zeit des eitrigen Stadiums einer Gonorrhöe in nicht allzudünner Schicht aufgestrichen, ergibt sicherlich an der einen oder der anderen Stelle eine Fortentwicklung der G. — Gewöhnlich ist anfangs die ursprünglich mit Eiter bestrichene Fläche des Blutserums etwas eingesunken, ein Theil des Eiters hat sich nach abwärts gesenkt und zu einem gelblichen Klumpen zusammengeballt. Wo ein Wachsthum eingetreten ist, zeigt sich das Secret mit G. förmlich übersäet, die grosse, weitverzweigte Rasen oder von den Eiterzellen aus eine Art von Hof bilden. Sich selbst überlassen, geht die Cultur meist ein. Ihr Wachsthum ist auch im Brütofen sehr langsam; der Impfstrich verbreitert sich im Verlaufe eines Tages kaum um 1 Mm. Temperaturen von nur wenig über 38° C. vernichten die Vermehrungsfähigkeit der Coccen vollständig. Abimpfungsversuche von einer Reincultur auf Fleischaufguss- oder Fleischextractpeptongelatine sind missglückt.

Verf. bestreitet die Echtheit der G.-Culturen von Neisser, Chameron, Sternberg, Oppenheimer.

Verfasser machte aus einer in Blutserum aufgegangenen Cultur (aus blennorrhoischem Conjunctivaleiter gewonnen) einen zweiten Impfstrich, der Erfolg hatte und keine zelligen Secretbestandtheile mehr aufwies; dieser letztere Culturstreifen wurde der Harnröhre einer Frau eingeimpft, die vorher gewiss nicht inficirt war. Am 4. Tage kam eine Urethralgonorrhöe zum Ausbruche, die G. im Secrete aufwies, 3 Wochen im eitrigen Stadium verharrte, nach weiteren 3 Wochen



unter Medication mit 1procentiger Höllensteinlösung ohne weitere Complication versiegte.

Den Verdacht, dass die flüssigen Bestandtheile des Secretes als Ferment die Entzündung hervorgebracht hatten, widerlegt Verf. durch die Thatsache, dass der Eiter aus den steril gebliebenen Culturgläsern keine Reaction bewirkte.

Bezüglich der diagnostischen Bedeutung des Gonococcenbefundes stellt Verf. folgende Thesen auf:

1. Die Diplococcengestalt, die Grösse und (meistentheils) die Reaction auf Farbstoffe ist für den G. Neisser nicht charakteristisch, wohl aber

2. das Eindringen in das lebende Zellprotoplasma und die rundlichen Anhäufungen um die Kerne.

3. Vorausgesetzt, dass keine desinficirende Behandlung vorausgegangen ist, sind die Gonococcen im Secret jeder gonorrhoischen Schleimhautentzündung nachweisbar.

4. Gonococcenfreies Secret wirkt Schleimhäuten gegenüber nicht infectiös.

5. Gonococcenhältiges Secret bewirkt an empfänglichen Schleimhäuten in minimer Quantität und mit absoluter Sicherheit die blennorrhoische Erkrankung. Das Vorhandensein des G. Neisser im Secret beweist unter allen Umständen und mit aller Sicherheit sowohl den Infectionsursprung des Leidens, als auch die Infectiosität des gelieferten Secretes; gonococcenfreies Secret besitzt keine virulenten Eigenschaften.

Verf. schreibt der Untersuchung auf G. einen grossen Werth bei, insbesondere in den zweifelhaften Fällen von Tripper des weiblichen Genitaltractus und empfiehlt hiezu reines Uterus- und Cervicalsecret.

Nach den Ausführungen des Verfassers bleibt noch so Manches fraglich. So z. B., warum der Tripper bei der Scheu des G. vor Pflasterepithel gerade in der Fossa navicularis zum Ausbruche kommt, die ja ein geschichtetes Pflasterepithel hat. Ferner, wie man sich das 6 Monate, ja 1 Jahr währende reactionslose „keine Symptome machende" Ausdauern des G. im weiblichen Genitaltractus zu erklären habe, wo ja der G. bei jeder Menstruation Ueberfluss an günstigem Nährsubstrate vorfindet (Dauerform).

Der grosse Widerspruch zwischen den Bockhart'schen Befunden



und den Bumm'schen Behauptungen, die ja doch nur aus Untersuchungen an der Conjunctiva, dem Adoptivsubstrat des G. deducirt sind, gibt auch zu denken. Das intermittirende Auftreten des G. bei fortwährend reichlicher Secretion ist ebenfalls räthselhaft. Endlich will Verf. bei Besprechung seines einzigen Impfversuches mit Reincultur die Annahme, dass noch haftende flüssige Bestandtheile des gonorrhoischen Secretes durch Fermentwirkung die Entzündung hervorgebracht haben könnten, damit widerlegen, dass er auf die Indifferenz von gonorrhoischem Eiter, in welchem die Tripperbacterien zu Grunde gegangen sind, hinweist, wogegen sich aber einwenden lässt, dass solcher Eiter eben chemische Veränderungen erlitten haben muss, die eine eventuell vorhanden gewesene Fermentwirkung zerstört haben kann.

Sind auch nicht alle Behauptungen genügend erhärtet, so müssen doch die ausserordentliche Gründlichkeit und der Fleiss, die Bumm bei seiner Arbeit aufgewendet, besonders hervorgehoben werden. Die Verlagshandlung hat das Werk in vorzüglicher Weise ausgestattet.

Leprastudien von Prof. Dr. Baelz, Prof. Dr. Burow, Dr. Unna und Dr. Wolf. Ergänzungsheft der Monatshefte für prakt. Dermatologie 1885.

Angezeigt von Dr. Schiff, Privatdocent in Wien.

I. Dr. Wolf (Strassburg) berichtet über seine Reise in die norwegischen Leproserien gelegentlich des Kopenhagener Congresses, und knüpft hieran folgende Betrachtungen:

Obwohl unter verschiedenen klinischen Formen auftretend, bleibt die Leprakrankheit in ihrer Wesenheit die gleiche; Beweis dessen der identische Bacillenbefund in allen Präparaten.

Zambaco, der lepröse Kinder zur Welt kommen sah und nie Ansteckung constatiren konnte, verfocht die Heredität, Hansen die Contagiosität, indem er die in Norwegen herrschende Unreinlichkeit, das Zusammenleben mit Leprösen, welches bei Familiengliedern eben am stärksten ins Gewicht fällt, das Verschwinden der Lepra in Gegenden, wo strenge Isolation durchgeführt wurde, anführt. In Norwegen habe es 1856, dem Jahre der Errichtung der Leproserien, 2871, am Ende des J. 1884 nur noch 1500 Lepröse gegeben.



Wolf sagt, dass bei der langen Incubationsdauer und dem Fehlen eines Initialsymptoms die Entscheidung schwierig ist. Die Contagiosität ist jedenfalls nicht gross und es gehört zur Infection ein intimer Verkehr und vielleicht eine angeborene oder vorübergehende Disposition des Organismus. Die Gründe gegen die Heredität sind begründeter als die für dieselbe, wenn auch mit Hansen die Heredität als contagionale Uebertragbarkeit von Mutter auf Kind bei der Geburt anerkannt werden muss.

Bei der Betastung der Ränder von Flecken bei Lepra maculosa drängt sich die Ueberzeugung auf, dass der Process die tieferen Cutislagen und das Zellgewebe betrifft; er ist nicht durch Bacillenanhäufung entstanden (solche finden sich nicht), auch Centralnervensystemirritation ist als Grund nicht nachweisbar; am nächsten liegt eine durch Bacillen verursachte periphere Trophoneurose.

Nervenlepra und Hautlepra sind Erscheinungen desselben Krankheitserregers; in der Leproserie von Rejtgjärde (Drontheim) fanden sich floride Mischformen in grosser Anzahl. Die Form des Prodromalausschlags ist nicht entscheidend für die sich später einstellende Form. Bei einer Patientin aus dem Kaukasus zeigte sich, dass Pemphigus leprosus auch als Beginn der tuberculösen Form auftreten kann. Nach Danielssen und Boeck ist das Verhältniss in Norwegen Folgendes: Tuberöse Lepra 51,6%, 33,3% anästhetische, 15% gemischte. Bei allen Fällen zeigte sich die Knotenbildung im Gesicht durch die Haargrenze begrenzt, hingegen wurde, entgegen der Behauptung älterer Autoren, in der Hohlhand ein durch die Dicke der Epidermis modificirter Knotenausschlag mit kleineren oder grösseren, isolirten oder zusammenfliessenden, rothen, papulösen Efflorescenzen gefunden, deren Colorit nach dem Centrum abnimmt. Der Zerfall der Epidermis im tieferen und blässeren Centrum der einzelnen Papeln bringt ein sehr luesähnliches Bild hervor. Die knotig-ulcerösen Formen an der Dorsalfläche der Hand erinnern eher an hochgradige Perniones und scheinen weniger entstellende Folgezustände zu verursachen.

Die papulös-squamöse Form und die tuberöse Iritis ist sehr schwer von Syphilis zu unterscheiden.

Die mit Lepra mutilans behafteten Kranken konnten mit Zuhilfenahme des Gesichtssinnes sämmtliche feinere Arbeiten machen. Die Mutilation geschieht nicht immer durch Abstossung der Glieder, son-

dern oft durch ulcerations oder wundlosen Infiltrations- und subcutanen Resorptionsprocess, daher die Schrumpfung der Glieder und die Persistenz der Nägel auf den verstümmelten Händen. Bei der krallenförmigen Stellung letzterer war immer ein localer, vermuthlich lepröser oder bacillärer Verwachsungsprocess zwischen den Sehnen und ihren Scheiden zu constatiren.

Die rein anästhetische Form bietet eine bessere Prognose als die rein knotige oder gemischte.

Die Intensität der Erkrankungen war in Drontheim bedeutender als in Bergen, was der Differenz der atmosphärischen und Temperaturschwankungen zugeschrieben wird. Der psychologische Zustand der Kranken ist ein verhältnissmässig günstiger. —

II. Prof. Burow (Königsberg) bespricht einen aus Polen gebürtigen, 46jährigen Juden, der mit Lepra behaftet ist. Derselbe stammt von gesunden Eltern, hat gesunde Kinder, lebte seit 17 Jahren in Taganrog am Asow'schen Meer, wo Lepra endemisch ist. Er war bis vor drei Jahren gesund; zu dieser Zeit bemerkte er eine Verdickung und Infiltration der Haut in der Gegend des Unterschenkels; ein Jahr später traten kleine röthliche Knötchen auf der Stirn auf, welche sich allmählich vermehrten, wuchsen, confluirten, die Haut verdickten, infiltrirten und schliesslich zur gegenwärtigen Facies leonina führten. Die Runzeln an der Stirn, von der Verdickung der Cutis herrührend, lassen sich nicht verstreichen. Die Gesichtsfarbe erinnert an das Aussehen eines Menschen, der Argent. nitr. im Uebermass gebraucht hat, auch wohl an Morb. Addisonii. Die Verfärbung endigt einige Millimeter vom Rande der Haare; die Haut unter diesen ist normal; Haare am ganzen Körper unverändert. Auf der Nase und den Wangen sieht man einige flache, über die umgebende Haut etwas erhabene, rundliche Knoten, wodurch die Nase wesentlich verbreitert und missgestaltet erscheint. Die Lippen und die Ohrläppchen sind gewulstet. An den Armen, namentlich am linken Vorderarm und speciell an der Dorsalseite finden sich halbkugelförmig hervorragende Knoten bis zur Erbsengrösse, deren einer exstirpirt und auf Bacillen untersucht wurde; die aufgefundenen Bacillen zeigten die bekannte Lagerung und Vertheilung. Riesenzellen und Verkäsung fehlten. „Auf dem Rücken und den Seiten des Thorax lassen sich bräunliche Flecken constatiren, von unregelmässiger Form, von Erbsen- bis Zweimarkstückgrösse. Diese Flecke sind mehr oder weniger über die um-



gebende Cutis erhaben und ist die Haut in ihrem Gebiet härter und weniger leicht in einer Falte zu erheben. Auf Fingerdruck verschwindet die Farbe nicht. Nur an wenigen Stellen auf dem Rücken finden sich weissliche, ebenfalls unregelmässig contourirte, bohnengrosse Hautstellen, an welchen die Haut atrophirt erscheint. Die Lymphdrüsen sind mässig infiltrirt, aber namentlich in der Inguinalgegend deutlich geschwellt. Die Haut beider Unterschenkel ist verdickt, etwas dunkler gefärbt.

An der innern Seite des rechten Unterschenkels findet sich dem Gebiet des N. cutaneus surae internus entsprechend eine ovale, Kinderhandgrosse Stelle, welche vollständig anästhetisch ist und auch für Temperaturdifferenzen unempfindlich bleibt (Lepra anaesthetica).

Im Munde zeigen sich keine Abnormitäten, ebenso ist der Larynx normal und die Stimme frei." Man hat es hier also mit einer Mischform der Lepra zu thun, u. zw. der Lepra tuberosa und anaesthetica und Morphaea im noch nicht vorgeschrittenen Stadium der Erkrankung.

Patient hatte innerlich Eisen und Leberthran, äusserlich Schwefel und Seesalzmoorbäder ohne Erfolg gebraucht. Es wurde ihm gerathen, Taganrog, einen notorischen Lepraherd, zu verlassen und sich in Westrussland niederzulassen.

In der Anamnese fehlen alle Noxen, die als für Lepra disponirend gelten, ausser dem 17jährigen Aufenthalt im Lepragebiet, wo ungesunde, ungenügende Nahrung und Wohnung, Mangel an Trinkwasser, Fehlen jeglicher Reinlichkeit, der Aufenthalt in mit alter Salzlacke gefüllten Fischgruben, heisses feuchtes Klima die Bevölkerung zur Lepra disponiren. All diesen Noxen war Pat., ein Schneider, wenig oder gar nicht ausgesetzt; seine Wohnung war nicht schlechter als die seiner Mitbürger, er ass nicht zu viel oder gar verdorbene Fische, was an vielen Orten als causales Moment angeschuldigt wird; nur war er auf seinen Reisen häufigen Durchnässungen ausgesetzt. Heredität fehlt.

Nachdem Danielssen und Boeck der Heredität ein enormes Moment eingeräumt, Kierulf neben ihr auch eine gewisse Infectionsmöglichkeit anerkannt hat, neigte man sich in letzter Zeit mit Virchow der Ansicht zu, dass die Lepra nicht ansteckend sei. Neisser formulirte jedoch auf Grund seiner Untersuchungen folgenden Satz: „Die Uebertragung der Lepra geschieht von Mensch zu Mensch und kann eine directe oder indirecte sein, wenn nur Bacillen oder deren Sporen übertragen werden; es ist aber zum Zustandekommen der In-



fection eine Verletzung der deckenden Epithelschichten nothwendig, u. z. da das Wachsthum der Bacillen ein sehr langsames ist, so wird auch nicht eine oberflächliche Excoriation genügen, von der die Bacillen leicht entfernbar sind, sondern es wird sich ein tiefer gelegener Infectionsherd etabliren müssen, in dem die ersten Eindringlinge sich vermehren können, um die spätere Allgemeininfection zu vermitteln."

Burow pflichtet der Ansicht Neisser's bei, der die Möglichkeit der Vererbung der Lepra oder wenigstens der Disposition dazu zugibt.

Die Bildung der charakteristischen Lepraknoten durch Anhäufung der Leprabacillen ist erwiesen und Neisser und Damsch konnten constatiren, dass bei Transplantation lepröser Partien auf Thiere in der Umgebung der inplantirten Stücke sich lepraähnliche Processe entwickelten, die auch entschiedene Neigung zeigten, auf die benachbarten Gewebe inficirend zu wirken. Erzeugung progredienter Lepra bei Thieren ist noch nicht gelungen, doch sind dieselben vielleicht überhaupt nicht empfänglich für Lepra.

Arning hat für Lepra nervorum nachgewiesen, dass die Massen, welche im Neurilemm und Perineurium abgelagert, die Nervenfasern comprimiren und zur Atrophie bringen.

Die scheinbare Besserung nach Erysipelen erklärt Neisser als Irrthum; diese seien Nachschübe lepröser Eruptionen unter dem Bilde einer Dermatitis, nach deren Abheilung und localer Besserung immer eine Verschlimmerung des Gesammtverlaufes eintritt.

Prof. Burow empfiehlt in erster Linie Prophylaxis, dann Aufenthaltsveränderung, Tonica. Vorgeschrittenere Fälle seien unheilbar.

III. Prof. Baelz (in Tokio, Japan) berichtet, dass Lepra in Japan überall, jedoch ungleich verbreitet ist, im südlichen Theile häufiger als im nördlichen. Die Zahl der Leprösen dürfte in die Zehntausend gehen; sie gehören meistens den niederen Ständen an, Frauen (nur 15 %) litten grösstentheils an relativ leichten Formen. Die zwei jüngsten Pat. waren ein 11jähriger Knabe und ein 19jähriges Mädchen.

Die früher sehr häufigen, schweren Formen sind jetzt selten geworden; gegenwärtig ist die häufigste Form L. anaesthetica, besser laevis; sie beginnt meistens im Gesicht, nächstdem an Händen, Füssen und in der Kniegegend. „Im Gesicht ist es fast stets die Umgebung der Augen und die Wangen, die zuerst leiden. Das erste objective Symptom, aber nur für das geübte Auge erkennbar, ist eine eigenthümliche glänzende Röthe dieser Theile und Injection der Conjunctiva." Bald



kommt es zur Infiltration der Augenlider. Cilien und Brauen fallen aus. Die dauernde Hyperämie muss namentlich den Verdacht auf Lepra wecken, wenn sie einseitig und mit Infiltration verbunden ist. Hauttemperatur der kranken Seite bis 3° höher als auf der gesunden. Bald tritt Leontiasis ein. Nervenstränge bedeutend verdickt, Schleimhäute öfters mitergriffen. Es gibt auch eine seltene, einem Eczema marginatum oder einem Herpes täuschend ähnliche Form. Die Gefühlsstörung tritt oft in der Form der Analgesie auf. Von der Leprakachexie war wenig zu bemerken. Erkrankungen tiefer gelegener Organe scheint selten zu sein.

Baelz glaubt, dass die Lepra in einzelnen Fällen durch Contagien übertragen werden kann, doch muss der günstige Boden hereditär schwacher Gewebe vorhanden sein. Lepra ist anfangs eine locale Erkrankung. Eine ganze Reihe von Gründen und Erfahrungen sprechen gegen die Contagien, beispielsweise, dass die in Zellen eingeschlossenen Bacillen, die bei der von den Contagionisten behaupteten langen Incubutionsdauer dem Wirthe nicht schaden, dies wohl auch bei anderen Menschen nicht der Fall sein dürfte. Man muss annehmen, dass ein früher mässig disponirter Körper eine Steigerung der Disposition erfährt. L. ist früher viel infectiöser gewesen, jetzt sind die betreffenden Gegenden schon durchseucht.

Die rasche Zunahme der Lepra auf den Sandwichsinseln beweist bei der äusserst geringen Vitalität ihrer Bewohner nichts für die Contagiosität. Ausser einer Anzahl gemeinsamer Eigenthümlichkeiten der Bacillen scheint noch in vielen Hinsichten ein Verhältniss zwischen Tuberculose und Lepra zu bestehen, die ihre Rolle als herrschende Krankheiten in Europa getauscht haben.

Die Behandlung — mit Oleum Gynocardiae, Pillen bis 3 Grm. und äusserlich, ferner Ol. Eucalypti bis 4 Grm. täglich in Kapseln — erzielte wohl Besserung, doch keine Heilung. Dem Vorschlag der Isolirung kann sich Prof. Baelz wenigstens für Japan nicht anschliessen.

IV. Heilung von Lepra tuberosa. Dr. Unna (Hamburg) nahm eine 38jährige Frau, gebürtige Deutsche, 15 Jahre hindurch in Brasilien wohnhaft, wegen Lepra in Behandlung. Facies leonina und der charakteristische Geruch liessen sofort die Diagnose stellen. Vollständig gesund war nur die Haut des behaarten Kopfes, des Nackens, der Supraclavicular- und Inguinalgegend, sonst mit Aus-



nahme weniger Stellen mit verschiedenen Infiltrationen, flachen Papeln, stark prominirenden Knoten bedeckt, schwammig aufgetrieben, kupferig verfärbt. Die von der Lepra respectirten Stellen betrafen Punkte, welche mit der Fascie durch eindringende Nerven oder Gefässstränge fest verbunden waren. Da es nun die Abwesenheit einer stärkeren Gewebsspannung ist, die die Lepra-Invasion erleichtert, liegt der Gedanke nahe, die Knoten durch Compression zu bemeistern. Die Gesichtshaut der P. infiltrirt, bräunlich, ausserdem auf der Stirn, dem Kinne, den Wangen mit 4—5 Mm. hohen Knoten besetzt. Conjunctivae bulbi beiderseits hyperämisch, Corneae frei. Körper im Allgemeinen normal, Lymphdrüsen mässig geschwellt. Es wurde ein Curplan entworfen auf Grund dieser Idee: „Die Leprabacillen halten sich einerseits eng an den Gefässbaum der Haut. Insbesondere schliessen sie sich mit merkwürdiger Genauigkeit an das obere Gefässnetz der Haut, und nur einzelne Bacillen versteigen sich in den gefässlosen schmalen Bindegewebssaum zwischen oberem Gefässnetz und Oberhaut; in die gefässlose Oberhaut hinein gelangt für gewöhnlich kein Bacillus. Daraus ist zu schliessen, dass der Leprabacillus sehr sauerstoffbedürftig und durch sauerstoffgierige Mittel verhältnissmässig leicht zu tödten sei.“ Deshalb wurden systematisch Reductionsmittel innerlich und äusserlich verwendet.

Der Erfolg war vollständige Heilung. Die Behandlung währte vom 18. December 1884 bis 5. April 1885 (S. 37—44).

Aus der einen Krankengeschichte glaubt Dr. Unna folgende Schlüsse ziehen zu dürfen:

1. Lepra tuberosa, auch universell und länger als 1 Jahr bestehend, ist heilbar.

2. Die Heilung kann in kurzer Zeit mittelst energischer Anwendung der „reducirenden“ Mittel bewerkstelligt werden.

3. Insbesondere zu empfehlen sind: Ammonium (Natrium) sulfoichthyolicum, Chrysarobin, Pyrogallol und Resorcin.

4. Die Ichthyolsalze müssen äusserlich in sehr concentrirter Form angewandt werden, innerlich in gewöhnlichen Dosen (circa 1·0 pro die), können in infinitum genommen werden. Aeusserlich bei Contraindication der stärkeren Mittel (Chrysarobin, Pyrogallol) intercurrent.

5. Resorcin, als 20procentige Salbe, riecht nicht und reizt die Augen nicht. Ist als Succedaneum zu empfehlen.

6. Pyrogallol, als 5%ige Salbe ist ein sehr kräftiges Antilepr.



7. Chaparobin ist vielleicht das kräftigste äussere Antilepr., reizt jedoch die Conjunctiva und ist bei schwächlichen Kranken nur gegen hartnäckige Reste zu verwenden.

8. Als Corrigens bei sehr energischer äusserer Anwendung der Reducentia ist zur Herabsetzung der Alkalescenz des Blutes Salzsäure zu empfehlen.

9. Local scheinen Pflastermulle der Salicylsäure und der Composition von Quecksilber und Carbolsäure Werth zu besitzen.

10. Absolute äussere und innere Heilung ist wahrscheinlich, allgemeines Wohlbefinden hat sich während der Cur bedeutend gebessert, ein Effect des antilepr. Ichthyolsalzes. Dieses kann in infin. fortgenommen werden.

Prognose bezüglich einer Recidive ist günstiger als bei einem Syphilide, da das Heilmittel der Lepra bei fortwährendem Gebrauch niemals schaden kann und deshalb niemals ausgesetzt zu werden braucht.

Referent kann sich nicht enthalten, Herrn Dr. Unna wegen seines bei vielen Gelegenheiten und nun auch wieder documentirten stupenden Optimismus seine Bewunderung auszusprechen. Angesichts der beigegebenen Abbildungen ist wohl ein Zweifel am Erfolge der Behandlung, wenigstens im Gesichte, nicht zulässig. Allein sowohl die theoretische Begründung für die rationelle (?) Therapie, als der Umstand, dass Unna bisher nur einen Fall publicirt, sind denn doch noch etwas zu wenig, um demselben rückhaltlos sich anschliessen zu können. Zudem haben wir seit 18. April d. J., an welchem Tage Patient. nach nur viermonatlicher Behandlung geheilt nach Brasilien zurückreiste, keine weiteren Daten und es wird sich wohl erst zeigen müssen, in wie weit die wunderbare Wirkung des Ammonium sulfoichtyolicum sich im leprafreien Zustande bewähren wird.

Aus Unna's Versuchen zur Erhaltung der Färbung der Leprabacillen (V.) ging hervor, dass eine Sauerstoffwanderung bei der gewöhnlichen Entfärbung der Dauerpräparate wohl eine Rolle spielt, aber im umgekehrten Sinne, als vorausgesetzt wurde. Die reducirenden Mittel (z. B. in Verharzung begriffene ätherische Oele) löschen die Anilinfärbung aus.

Die Hager'sche Quecksilberprobe bot eine hinreichend scharfe Reaction zur Prüfung der Oxygenophilie der betreffenden Mittel. [„Man versetzt die Flüssigkeit oder ihre Lösung in absolutem

Weingeist oder Benzol mit einigen Tropfen Mercuronitratlösung. Ist der Körper sauerstoffbegierig, so erfolgt sofort eine graue Metallausscheidung."] Aus den verschiedenen Bemühungen, aus den Dauerpräparaten die Reste der Salpetersäure, des Alkohols und der ätherischen Oele zu beseitigen, krystallisirt eine neue, die Trockenmethode der Schnittbehandlung heraus. Dr. Unna gibt also folgende Vorschrift:

1. Färbung (für die Oel- und für die Trockenmethode gleich) Eintropfen einer gesättigten alkoholischen Fuchsinlösung in Anilinwasser bis Dunkelröthe. Darin bleiben die Schnitte 12—24 Stunden.

2. Entfärbung (für beide Methoden gleich). Die Schnitte kommen in 10—20procentige wässerige Salpetersäurelösung, bis sie in einigen Secunden ganz gelb sind, dann einen Augenblick in Spir. dilut., bis die gelbe Farbe ganz in Roth zurückverwandelt ist, dann sofort in destillirtes Wasser. Die Säurereste müssen sodann gut ausgewaschen werden durch wiederholtes Uebertragen in destillirtes Wasser und Alkohol absolut. oder einmaliges Eintauchen in schwaches Ammoniakwasser und nachheriges Auswaschen in destillirtem Wasser, oder endlich am besten durch Verweilen im Spülapparat.

3. Vorbereitung für den Balsameinschluss (verschieden).

a) Oelmethode. Die Schnitte kommen aus dem Wasser kurze Zeit in absoluten Alkohol und dann in Benzol, Xylol, Wintergrünöl oder Cedernöl und mit diesen auf den Objectträger, hier werden sie, besonders bei Benützung der letzteren Oele, durch Abtupfen, darauf folgendes Erhitzen über der Flamme und nochmaliges Abtupfen von allem Oelüberschuss möglichst befreit.

b) Trockenmethode. Die Schnitte kommen aus dem Wasser direct auf den Objectträger und werden nach Abtupfen des Wasserüberschusses vorsichtig über der Flamme zur absoluten Trockenheit erhitzt.

4. Balsameinschluss (für beide Methoden verschieden).

a) Oelmethode. Der zuerst in Chloroform gelöste und dann durch öfteres Aufkochen vom Chloroform befreite Balsam (Canadabalsam oder Dammarlack) wird heiss mit demjenigen Oele von Kohlenwasserstoff gemischt, welchen man sonst zur Aufhellung und als Zwischenmittel zwischen Alkohol und Balsam braucht (z. B. Benzol, Cedernöl) in einem Verhältniss, dass der Balsam beim Erkalten zähflüssig bleibt. Ein Tropfen dieses Balsams kommt auf das Präparat, wird mit diesem zweckmässig noch einmal erhitzt (zur Vertreibung von Resten ätherischer Oele) und mit dem Deckglase bedeckt.



Fig. 8.

Fig. 10.

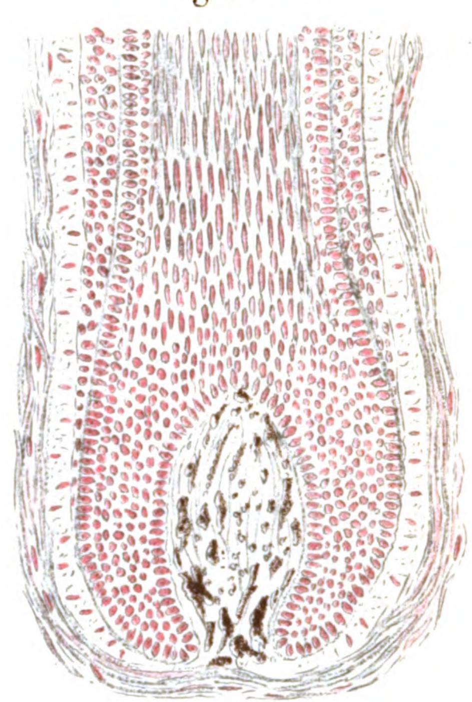
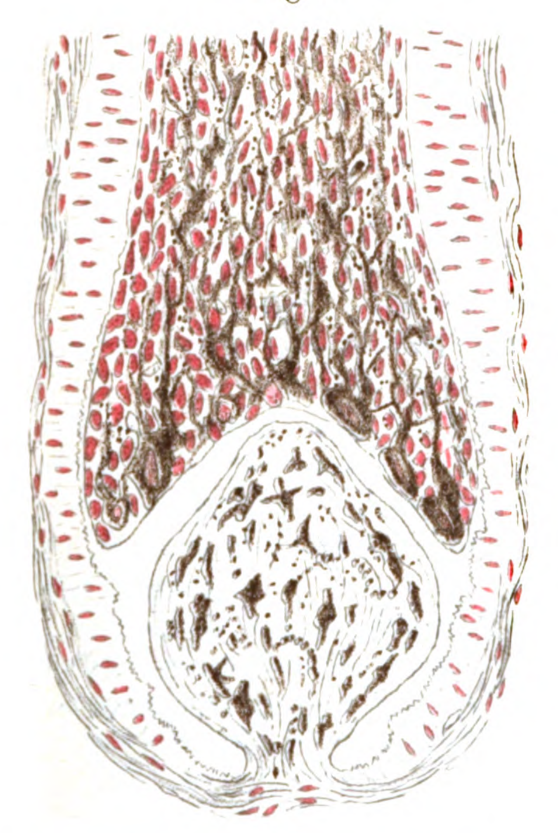
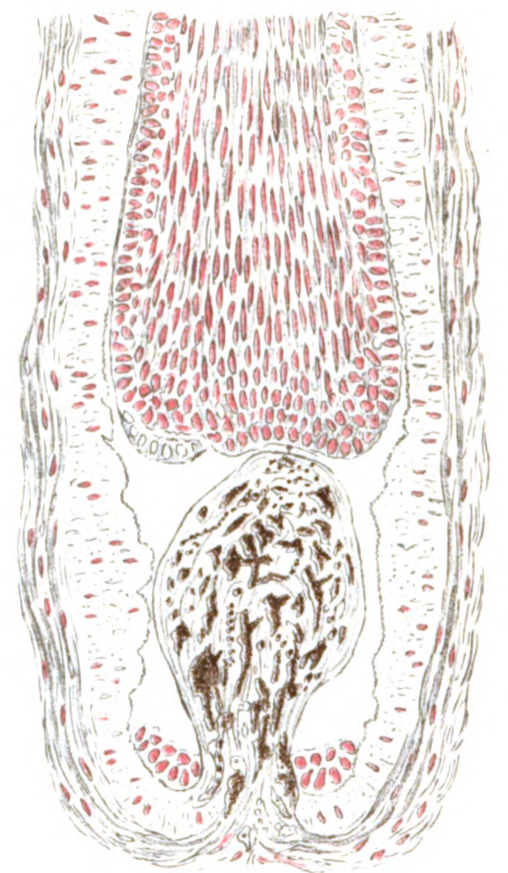


Fig. 11.

Fig. 9.





Ehrmann: Phys. u. Path. d. Hautpigm.

b) Trockenmethode. Der ebenso wie in 4 a von ätherischen Oelen befreite Balsam kommt ungemischt zur Verwendung, indem man ihn während der Arbeit in einem Reagensglase über einer kleinen Flamme flüssig erhält, den rasch erstarrenden Tropfen schnell auf den von der Erwärmung noch heissen Objectträger bringt und sofort mit dem Deckglase bedeckt.

Bei histologischen Untersuchungen bietet die Trockenmethode grosse Vortheile; zur Conservirung der Färbung der L.-Bacillen ist die Oelmethode mit ihr gleichwerthig, wie eine grosse Reihe 6 Monate alter Leprapräparate beweist.

Die in Folgendem in ihren Resultaten angedeuteten histologischen Untersuchungen über die lepröse Haut (VI.) sind mit Hilfe der Trockenmethode ausgeführt, welche ein treueres Abbild der numerischen, topographischen und morphologischen Verhältnisse der Leprabacillen gibt als die bisherige. Unna stellt nun die Behauptungen auf, dass sich die Bacillenherde insgesammt und ohne Ausnahme in den Saftkanälchen befinden. Die Leprazellen als Träger von Bacillenhaufen existiren gar nicht. Ferner

1. An den Bacillenhaufen ist unter keinen Umständen ein Zellenleib färbbar.

2. An den Bacillenhaufen ist unter keinen Umständen ein Kern nachweisbar.

3. Sehr viele Bacillenhaufen zeigen eine constante Beziehung zu Gewebslücken.

4. Die Form und verschiedene Grösse der Bacillenhaufen spricht gegen jede Analogie mit Zellen, entspricht aber ganz dem Wachsthum in Lymphbahnen.

5. Die Hohlräume im Innern der Bacillenhaufen (sog. „Vacuolen der Leprazellen") entsprechen ihrer Entstehung in Lymphbahnen.

6. Die sogenannten Leprazellen zeichnen sich der Bacilleninvasion gegenüber durch eine ganz ungewöhnliche und schwer verständliche Indifferenz aus.

7. Die braunen, scholligen Massen (die sog. Globi) bestehen aus Bacillen und sind daher den übrigen Bacillenhaufen analog zusammengesetzt.

Um den sehr naheliegenden Satz: „Leprabacillen liegen nie in Zellen" aussprechen zu können, dazu reichen die bisherigen Schnittpräparatuntersuchungen noch nicht aus, und sind erst die Ergebnisse



der Untersuchung des frischen Saftes von Lepraknoten abzuwarten. Der Hauptsatz Unna's lautet demgemäss:

Der grösste Theil aller Bacillen in der leprösen Haut liegt frei in den Lymphbahnen; die kugeligen Anhäufungen der Bacillen innerhalb derselben sind fälschlich für Zellen, sog. „Leprazellen" gehalten worden.

(Ref. hält sich derzeit nicht für competent, den fundamentalen Widerspruch zwischen den diesbezüglichen Behauptungen Unna's und denen der anderen Autoren zu entscheiden.)

Corradi, A. Nuovi documenti per la storia delle malattie veneree in Italia dalla fine del quattrocento alla meta del cinquecento. — Annali univers. di med. Milano, 1884, CCLXIX, p. 289—386.

Angezeigt von J. K. Proksch in Wien.

Die bekannten Sammelwerke über Syphilis von Luisinus, Gruner, C. H. Fuchs u. A. haben durch Corradi einen sehr werthvollen Nachtrag erhalten und es wäre nur zu wünschen, dass derselbe auch gesondert im Buchhandel erscheinen möchte. Für einen Auszug an dieser Stelle eignen sich so viele und umfangreiche, historische Documente selbstredend nicht, und es sollte hier nur hervorgehoben werden, dass sich unter denselben nicht blos solche befinden, welche längst bekannte Thatsachen erhärten oder für die Specialgeschichte der Syphilis in Italien von besonderem Belang sind, sondern auch solche, welche über die historische Pathologie der Seuche im Allgemeinen vorher unbekannte Aufschlüsse geben und bestehende Irrthümer berichtigen. So erzählt uns, um nur ein einziges Beispiel zu geben, der Canonicus Tommaso di Silvestro in seinem Tagebuch, dass er am 27. April 1498 die ersten Schmerzen an seinem Gliede wahrgenommen habe und am 8. Juni sich auf der behaarten Kopfhaut ein krustenähnlicher Ausschlag entwickelte, dem später heftige Kopfschmerzen und andere Erscheinungen von Lues folgten. So genaue Angaben über die Incubationsdauer fehlten bisher aus jener Zeit.



Bericht aus den Sitzungen der Section für Dermatologie und Syphilis

der 58. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Strassburg 18. bis 23. September 1885.

Die vom Privatdocenten Herrn Dr. Wolff in Strassburg einberufene Section für Dermatologie und Syphilis trat unter Theilnahme der Herren: Bäumler (Freiburg), Bockhart (Wiesbaden), Doutrelepont (Bonn), Finger (Wien), Kopp (München), Lassar (Berlin), Lesser (Leipzig), Lipp (Graz), Lutz (Brasilien), Nega (Strassburg), Neisser (Breslau), v. Sehlen (München), Schumacher (Aachen), Schuster (Aachen), Touton (Wiesbaden), Unna (Hamburg), Wieger (Strassburg), Wolff (Strassburg), Freitag den 18. September, 9 Uhr Vormittags, zur Constituirung zusammen.

Die I. Sectionssitzung fand unter dem Vorsitze des Privatdocenten Dr. Wolff (Strassburg) an demselben Tage 4 Uhr Nachm. statt.

Den ersten Vortrag hielt

Lesser (Leipzig): Ueber Ringelhaare.

Die Seltenheit der Haarerkrankung, um welche es sich handelt (und die man mit dem Namen der Ringelhaare [Pili annulati, Karsch], oder des intermittirenden Ergrauens der Kopfhaare [Landois] bezeichnet hat) rechtfertigt wohl einen kurzen Bericht über einen derartigen Fall, den ich in diesem Jahre zu beobachten Gelegenheit hatte.

Die betreffende Patientin, Anna Riedrichs, ist $4^1/_2$ Jahre alt, im übrigen vollständig gesund, der Haarwuchs der Eltern und dreier Geschwister ist normal. Das Kind selbst wurde nach Angabe der Mutter vollständig haarlos geboren, erst gegen Ende des zweiten Lebensjahres zeigte sich zunächst auf dem Scheitel, später auch an den anderen Partien der Kopfhaut Haarwachsthum, welches etwa am Ende des dritten Lebensjahres so weit entwickelt war, als es jetzt besteht. Die Augenbrauen dagegen sollen bei der Geburt schon entwickelt gewesen sein und zeigen jetzt ein ganz normales Verhalten. Bald nach der Geburt fiel der Mutter ein gänsehautähnlicher Zustand der Kopfhaut auf, welcher später bestehen blieb.



Um mit letzterem zu beginnen, so zeigt sich in der That auch jetzt noch diese Veränderung der Kopfhaut, indem ganz besonders an der Haargrenze, am Nacken und an der Stirn die Haut völlig das Bild des Lichen pilaris darbietet, die Follikel überragen als derbe, oft mit kleinen Schüppchen bedeckte Knötchen das normale Hautniveau. Am auffälligsten ist nun aber der Zustand der Behaarung des Kopfes. Die Haare sind zunächst ausserordentlich kurz, wobei zu bemerken ist, dass der Patientin nur einmal überhaupt — vor zwei Jahren — das Haar verschnitten ist. Die längsten Haare befinden sich auf dem Scheitel, wo dieselben vom Haarwirbel bis zur Stirn eine Art kleine Mähne von 8—9 Ctm. langen Haaren bilden. Auch am Nacken, an der Haargrenze und an den Schläfen sind längere Haare, während die übrigen Haare sehr viel kürzer, durchschnittlich nur 1—2 Ctm. lang sind. Am kürzesten sind die Haare des Hinterkopfes unterhalb des Haarwirbels. — Ausser durch ihre Kürze zeichnen sich die Haare durch ihre Trockenheit und Sprödigkeit und durch ihre ungleichmässige Richtung aus, sie stehen wirr durcheinander wie Stoppeln und nur die längeren Haare legen sich glatt aneinander.

Die Haarfarbe im Ganzen ist braun. Die längeren Haare zeigen fast ausnahmslos eine völlig gleichmässige Färbung und überhaupt makroskopisch wie mikroskopisch ganz normale Verhältnisse. Von den kürzeren Haaren zeigt dagegen ein grosser Theil — ungefähr die Hälfte — eine abwechselnd helle und dunkle Färbung, so dass sie geringelt erscheinen, etwa wie die Schwänze gewisser Katzenarten.

Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigt sich zunächst, dass die Form dieser Ringelhaare keine normale ist, sondern dass in regelmässiger Weise Einschnürungen und Anschwellungen des Haarschaftes mit einander abwechseln, welche letzteren eine spindelförmige Gestalt besitzen. Die Grössenverhältnisse sind nicht an allen Haaren gleich, durchschnittlich beträgt die Länge eines Haarabschnittes von der Mitte einer Einschnürung bis zur Mitte der nächsten Einschnürung 0,06, also nur wenig über 1/2 Mm. An demselben Haar sind die Verhältnisse annähernd gleich, während an verschiedenen Haaren die Länge des oben bezeichneten Abschnittes von 0,4 bis 0,8 Mm. schwankend gefunden wurde. Ebenso verhält es sich mit der Differenz der Dicke des Haares an den Einschnürungen und den Anschwellungen, indem dieselbe an einzelnen Haaren ganz unbedeutend ist, so dass die Haare fast gleichmässig cylindrisch sind, an der Mehrzahl der Haare jedoch ist der Unterschied ein beträchtlicher, an manchen Haaren ist der Querdurchmesser der Einschnürung kleiner als die Hälfte des Durchmessers der Anschwellung, durchschnittlich betrugen beide Durchmesser 43 resp. 76 μ, das Verhältniss zwischen Einschnürung und Anschwellung stellt sich also wie 4 : 7. — Die Zahl der Anschwellungen am einzelnen Haar richtet sich natürlich nach der Länge des Haares und es kommen Haare mit 20 und mehr Anschwellungen vor.

Diese Anschwellungen und Einschnürungen entsprechen den hellen und dunklen Ringeln und zwar lässt sich leicht feststellen, dass an den Anschwellungen die Haare heller erscheinen, wobei zu bemerken ist, dass einige Beobachter sich hierüber getäuscht haben, indem sie die Anschwellungen für die dunkleren Stellen hielten (Karsch. Smith). Unter dem Mikroskop zeigt sich sofort, dass die verschiedene Färbung der einzelnen Haarabschnitte nicht durch eine verschiedene Anordnung des Pigments zu Stande kommt, denn dieses ist in ganz gleichmässiger Weise sowohl an den Anschwellungen wie an den Einschnürungen in der Rindensubstanz enthalten, welche daher überall genau dieselbe Färbung zeigt. Die Farbendifferenz beruht lediglich auf dem streckenweisen Auftreten von Luft in der Marksubstanz des Haares und zwar entsprechend den Anschwellungen. Eine jede Anschwellung enthält einen spindelförmigen, an beiden Enden zugespitzten Kern, der bei durchfallendem Licht schwarz, bei auffallendem Licht weiss erscheint. Dass es sich hier wirklich um Luft handelt, lässt sich, abgesehen von dem eben erwähnten optischen Verhalten, leicht dadurch nachweisen, dass durch leicht eindringende und die Luft verdrängende Flüssigkeiten, am besten durch Kali- oder Natronlauge, dieses Phänomen völlig zum Schwinden gebracht werden kann. An Stelle der schwarzen Spindeln erscheint die ungefärbte Marksubstanz und damit ist natürlich auch makroskopisch jede Farbendifferenz verschwunden, die Ringelung ist vollständig erloschen.

Diese Luftspindeln liegen oft nicht genau in der Achse der Anschwellungen, sondern mehr oder weniger excentrisch und bilden durch ihre den äusseren Contouren entsprechenden Biegungen eine Art Schlangenlinie. In einzelnen Haaren zeigen auch die Einschnürungen einen schmalen Markcylinder, doch enthält derselbe entweder keine oder jedenfalls sehr viel weniger Luft als der in der Anschwellung gelegene Theil.

Besonders zu erwähnen ist noch das Verhalten der Cuticula, welche an den Einschnürungen ganz auffallend dick ist, so dass sie auf dem optischen Querschnitt sich als breite, helle, in Folge des dachziegelartigen Aneinanderliegens der Zellen eine zierliche Schrägstreifung zeigende Grenzschicht darstellt.

An einer grossen Anzahl der geringelten Haare zeigen sich nun schliesslich noch weitere Veränderungen, nämlich die Erscheinungen der sogenannten Trichorrhexis nodosa. An bestimmten Stellen tritt ein Querbruch des Haares ein, der aber nicht zu einer glatten Absetzung führt, sondern die beiderseitigen Enden werden aufgefasert und da zunächst für eine Zeit der Zusammenhalt noch gewahrt bleibt, so entsteht das bekannte Bild zweier ineinander gesteckter Pinsel oder Besen. Oft tritt an der Bruchstelle eine winkelige Knickung des Haares ein und schliesslich löst sich das freie Ende des Haares völlig ab, so dass nun der Stumpf mit einem endständigen Pinsel übrig bleibt.



Diese Auffaserungen zeigen sich in unserem Falle lediglich an den Einschnürungen, niemals an den Anschwellungen und es ist dies für die Erklärung der Trichorrhexis überhaupt nicht ohne Wichtigkeit. Im Wesentlichen stehen sich hier zwei Ansichten gegenüber, von denen die eine — und dies war die ursprünglich von Beigel, einem der ersten Beschreiber dieser Affection, gehegte Ansicht — dahingeht, dass durch Einwirkung von Innen, durch Luftansammlung oder Fettablagerung (Eichhorst) die Fasern des Haarschaftes gewissermassen auseinandergetrieben würden, während von der anderen Seite eine äussere, mechanische Einwirkung für das Zustandekommen dieser Continuitätstrennungen verantwortlich gemacht wurde (Wolffberg). Unser Fall scheint in der That für die letztere Erklärungsweise zu sprechen, denn es ist ja selbstverständlich, dass an den Einschnürungen das Haar in Folge äusserer Einwirkungen leichter brechen kann als an den dickeren Anschwellungen. Vom Standpunkte der ersteren Erklärung würde man die Trichorrhexisstellen dagegen an den Anschwellungen suchen müssen, wo sie sich thatsächlich aber nie finden.

Der Beginn der Trichorrhexisbildung an den Ringelhaaren wird durch einen Querbruch, der nur die Cuticula betrifft, gekennzeichnet, der oft in einer regelmässigen Kreislinie um das Haar herumläuft und durch theilweise Abhebung der Cuticula eine Art Krause um das Haar bildet. Man kann sich auch leicht vorstellen, dass die gerade an den Einschnürungen dickere Cuticula in Folge der Lagerungsverhältnisse der Hornzellen, aus denen sie besteht, bei Biegungen des Haares sich am wenigsten elastisch erweist und daher am leichtesten gebrochen wird. Erst später tritt dann die Auffaserung der Corticalsubstanz und damit die Pinselbildung ein. An den Haaren, an welchen sich überhaupt Trichorrhexis findet, sind meistens mehrere Stellen vorhanden und zwar stets an dem nach der Haarspitze zu gelegenen Theil, ganz wie bei der gewöhnlichen Trichorrhexis nodosa.

Bis zu einem gewissen Grade erklären diese Erscheinungen die Kürze des Haarwuchses in unserem Falle, indem in Folge der Brüchigkeit der Haare an den dünnen Stellen dieselben, nachdem sie eine gewisse Länge erreicht haben, stets abbrechen, und dass mechanische Einwirkungen hiebei eine wesentliche Rolle spielen, wird durch die Längenverhältnisse der Haare an den verschiedenen Kopfregionen bewiesen. Gerade da, wo die Behaarung des Kopfes beim Liegen durch Druck und Reibung am meisten mechanischen Insulten ausgesetzt ist, nämlich am Hinterkopf unterhalb des Haarwickels finden wir die kürzesten Haare, während die anderen, mehr geschützten Stellen, die Haargrenze im Nacken, die mittleren Scheitelpartien längere Haare zeigen. Am letzteren Orte fanden sich ja überhaupt meist nicht geringelte Haare, von denen eine grössere Widerstandsfähigkeit allerdings von vornherein vorauszusetzen war.

Es lag nun sehr nahe, die geringelten und die nicht geringelten Haare direct auf ihre Festigkeit zu prüfen und habe ich dies mit

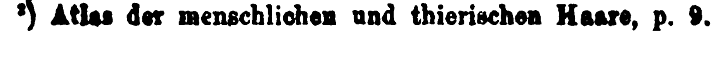


Hilfe eines kleinen einfachen Apparates, den ich der Freundlichkeit des Dr. Michelson verdanke, ausgeführt. Dieser Apparat besteht aus zwei Klammern, in welche das Haar eingeklemmt und von denen die eine befestigt wird, während die andere eine kleine, durch Hineinschütten von Schrot allmählich zu beschwerende Schale trägt. Bei einer bestimmten Belastung reisst das Haar durch und nun braucht nur die untere Klammer und die Schale mit Inhalt gewogen zu werden, um das Gewicht, bei dem die Cohäsion des Haares gerade überschritten war (Cohäsionsmodulus nach Michelson) kennen zu lernen.

Wie zu erwarten war, zeigten die nicht geringelten Haare einen weit höheren Cohäsionsmodulus, als die geringelten. Von beiden Haararten wurden je 10 Stück in dieser Weise geprüft und es rissen die nichtgeringelten Haare durchschnittlich bei einer Belastung von 70 Gr., die Ringelhaare schon bei einer durchschnittlichen Belastung von 42 Gr., also bei Gewichten im Verhältniss von 10 zu 6; die nichtgeringelten Haare waren demnach fast doppelt so widerstandsfähig, als die Ringelhaare. — Es zeigte sich ferner, dass die Ringelhaare niemals in einer Anschwellung, sondern stets in einer Einschnürung und zwar meist ohne erhebliche Splitterung durchrissen.

Fragen wir nun nach der Ursache dieser merkwürdigen Veränderung der Haare, so ist zunächst darauf aufmerksam zu machen, dass nicht die Anschwellungen, sondern die Einschnürungen die pathologisch veränderten Stellen sind, ein Punkt, der mehrfach in entgegengesetzter irriger Weise aufgefasst wurde. Virchow[1]) hat noch kürzlich hierauf in einer Verhandlung der Berliner medicinischen Gesellschaft hingewiesen und mit Rücksicht hierauf den Namen „intermittirende Atrophie oder Aplasie der Haare" für die Krankheit vorgeschlagen.

An den Anschwellungen entspricht der Bau der Haare in der That völlig den normalen Verhältnissen und auch der Durchmesser des Haares auf der Höhe der Anschwellungen entspricht fast vollständig dem Durchmesser der nichtgeringelten Haare unseres Falles, indem ersterer durchschnittlich 76 μ, letzterer 74 μ beträgt. Auch der Luftgehalt der Marksubstanz ist an und für sich nichts pathologisches, wenn derselbe auch bei den Ringelhaaren auffallend stark ist. Waldeyer[2]) besonders hat darauf hingewiesen, dass die Luft nicht in den Markzellen des Haares, sondern zwischen denselben sich befindet und zwar in Hohlräumen, die durch das Eintrocknen und Auseinanderweichen der Markzellen gebildet werden. Offenbar stammt die Luft von Aussen und dringt durch die Rindensubstanz, in welcher sich übrigens vielfach auch kleine Lufträume befinden, hindurch. Ist die Luftfüllung der Marksubstanz eine starke, so erscheint das an und für



[1]) Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 9. 1885.
[2]) Atlas der menschlichen und thierischen Haare, p. 9.

sich pigmentirte Haar weiss, da die Luftbläschen bei auffallendem Licht weiss erscheinen. So verhält es sich in unserem Fall an den Anschwellungen, so verhält es sich in jenen merkwürdigen Fällen von plötzlichem Ergrauen der Haare, in denen aber die Luftansammlung nicht intermittirend, sondern continuirlich über das ganze Haar auftritt. In unserem Fall ist vielleicht die Trockenheit der Haare, die ihrerseits wieder in einer mangelhaften Ernährung begründet ist, die Ursache, die den Durchtritt und die Ansammlung der Luft erleichtert.

Vor Allem ist aber die intermittirende Verschmälerung des Haarschaftes mit fast stets fehlender Ausbildung der Marksubstanz an den Einschnürungen zu erklären, und ich muss hier gleich bemerken, dass eine befriedigende Erklärung vor der Hand nicht gegeben werden kann. Eine sehr wesentliche Rolle scheint mir hierbei eine ursprüngliche Erkrankung des Follicularapparates zu spielen, denn in unserem Fall war das Kind zunächst haarlos, die Kopfhaut bot die Erscheinungen des Lichen pilaris dar und ähnliches ist auch in anderen Fällen beobachtet worden.

Mir sind aus der Literatur nur noch vier weitere sichere Fälle von Ringelhaaren bekannt, von denen der von Karsch[1]) beobachtete der älteste und am genauesten beschriebene ist, dessen Haare später auch von G. Simon[2]), Spiess[3]) und Landois[4]) untersucht worden sind. Die Haare zeigten genau dieselben Eigenschaften, wie in unserem Falle, es fehlte nur die Trichorrhexis und dem entsprechend waren die Haare auch von normaler Länge, wie ich mich selbst an einem in der Bonner anatomischen Sammlung befindlichen Präparat überzeugen konnte. Ueber die Beschaffenheit der Kopfhaut sagt Karsch nichts und gibt nur an, dass der Zustand der Haare von Jugend auf derselbe gewesen sein soll. — Der zweite Fall ist von Wilson[5]) beschrieben; auch hier wird nichts von einer etwaigen Veränderung der Kopfhaut gesagt, und dieser Fall entspricht insofern nicht völlig den übrigen, als Wilson angibt, dass der Haarschaft gleichmässig cylindrisch sei. — Dagegen werden in dem dritten und vierten Fall ganz ähnliche Erscheinungen geschildert, wie sie der unsrige darbot. Der erstere ist von Luce[6]) beobachtet und waren hier viele Follikel geradezu in comedonenartige Bildungen umgewandelt und enthielten im Innern aufgerollte Ringelhaare. Luce beschreibt auch die stärkere

[1]) De capillitii humani coloribus quaedem. D. i. Gryphiae. 1846, p. 34.

[2]) Hautkrankheiten, 1851, p. 382.

[3]) Zeitschr. f. rat. Med. von Henle u. v. Pfeufer. III. Reihe, 5. Band, p. 1. 1859.

[4]) Virchow's Archiv. Bd. 35, p. 575. 1866.

[5]) Journal of cutan. med. Bd. I. 1868, p. 359.

[6]) Recherches sur un cas curieux d'alopécie. Thèse de Paris. 1879; ref. in Schmidt's Jahrb. Bd. 191, p. 31.



Brüchigkeit der Einschnürungen und die feine Streifung der Cuticula an diesen Stellen. Das betreffende Kind wurde ebenfalls kahl geboren und erst im sechsten Lebensjahr begann der Haarwuchs. Und in dem vierten Fall beschreibt Smith[1]) die Veränderung der Kopfhaut ganz analog der in dem unsrigen vorhandenen. Die Eigenschaften der Haare, die auch kürzlich noch von Behrend[2]) untersucht sind, welcher überdies einen neuen Namen „Nodositas pilorum" wohl überflüssiger Weise auf sie vorgeschlagen hat, gleichen völlig denen unserer Ringelhaare, es fanden sich ebenfalls Einknickungen der Haare, mit bürstenförmiger Auffaserung, also offenbar auch Trichorrhexis. — Ausserdem ist auf dem Londoner Congress von Thin[3]) über einen Fall von varikösen Haaren berichtet worden, der möglicherweise auch hierher gehört, und bei dieser Gelegenheit gaben Kaposi, Vidal und Liveing an, ähnliche Fälle beobachtet zu haben. Genauere Mittheilungen über diese Fälle habe ich nicht finden können.

Wenn es nun auch nach meiner und nach einigen der anderen Beobachtungen wahrscheinlich ist, dass eine Erkrankung der Kopfhaut und zwar des Follicularapparates bei der Bildung der Ringelhaare in ätiologischer Hinsicht eine wesentliche Rolle spielt, so muss ich zugeben, dass hierdurch die eigenthümlichste Erscheinung, nämlich das intermittirende Auftreten der Aplasie der Haare unserem Verständniss in keiner Weise näher gerückt wird, und ich bin nicht im Stande hierfür irgend eine plausible Erklärung beizubringen. Vielleicht wird eine anatomische Untersuchung der Kopfhaut, die mir leider nicht möglich war, in dieser Hinsicht Aufschluss bringen. Erwähnen will ich die Hypothese Wilson's, der meinte, dass die hellen Abschnitte, die in seinem Fall halb so lang waren, wie die dunkelen, dem Wachsthum des Haares während der Nacht, die dunkelen Abschnitte dem Tageswachsthum entsprechen.

Discussion:

Unna stellt die Hypothese auf, dass die verdünnten Stellen des Haares einem Wachsthum der peripherischen Haarepithelien (Matrix der Cuticula und Wurzelscheide) ohne gleichzeitiges Wachsthum der centralen (Matrix des Marks) entspricht, während die dickeren dem normalen Haarwachsthum entsprechen. Unna nimmt mithin zur Erklärung bis auf weiteres eine vasomotorische Störung der Papillarcirculation an.

Lesser fragt, inwieweit die Verdickung der Cuticula mit dieser Auffassung in Uebereinstimmung steht.

[1]) Brit. med. Journ. Aug. 23, p. 291, 1879; ref. in Schmidt's Jahrb. Bd. 191, p. 31.

[2]) Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 9, 1885.

[3]) Archives of Dermatology Bd. VIII, p. 237. 1882.



Unna glaubt, dass die Verdickung der Cuticula als eine relative (nicht absolute) Vermehrung von Cuticularzellen aufzufassen ist; beim Aufhören des centralen Drucks durch Fehlen der Marksubstanz schieben sich die Cuticularzellen, die noch normal abgesondert werden, zusammen.

Neisser (Breslau): **Ueber die Ansteckungsfähigkeit der chronischen Gonorrhöe.**

Im Anschluss an die bereits in Kopenhagen berichteten Untersuchungen gibt der Vortragende folgende Schlusssätze:

Die als „chron. Gonorrhöe“ bezeichneten Harnröhrenausflüsse sind zwar stete Folgezustände echter Gonorrhöe — mit oder ohne tiefere Alteration der Harnröhrenschleimhaut selbst, nicht aber selbst stets noch gonorrhöischer Natur, d. i. infectiös.

Die An- und Abwesenheit von Gonococcen entscheidet für oder gegen den gonorrh. Charakter des Harnröhrensecretes.

Die Untersuchung muss häufig an mehreren verschiedenen Tagen vorgenommen werden, da theils wegen der Spärlichkeit des Secrets — Morgens ist es gewöhnlich am reichhaltigsten — theils wegen der meist geringen Anzahl von Gonococcen bei einzelnen Untersuchungen Gonococcen fehlen können, während sie an anderen Tagen reichlich auftreten. Künstliche Reizungen, sogen. Ueberreizungen durch scharfe Getränke u. s. w., welche die Secretion steigern, befördern meist auch das Zutagetreten sonst vielleicht latent bleibender Gonococcen.

Meist sind die Gonococcen in grossen rasenartigen Massen oder in kleineren Haufen an Epithelien gebunden. Nur solche in charakteristisch quadratisch angeordneten Haufen auftretenden Dipplococcen möchte ich für Gonococcen halten. Einzelne Dipplococcen zu erkennen ist, — wie ich bereits in Kopenhagen, Bonn und nachher in sehr ausführlicher, klarer Weise dargelegt — unmöglich. Von anderen Mikroorganismen sind kleine Bacillen die häufigsten! Mikrococcen sind auffallend seltener.

Abgesehen von der Grösse und Haufenbildung in Coccen sind für die Diagnose noch folgende Hilfsmittel anwendbar, um zufällig anwesende Dipplococcen von echten, im Epithel der Harnröhre selbst sesshaften Gonococcen zu unterscheiden; die Harnröhre (es liegen bei der männlichen Gonorrhöe überhaupt die Verhältnisse für die Entscheidung günstiger, als bei der weiblichen) wird mehrere Tage lang hintereinander in all ihren Abschnitten mit einer sicher desinficirenden Lösung ausgespült. Wählt man Sublimat 1:20.000, so entsteht meist eine Irritation der Harnröhrenschleimhaut selbst, welche ein reichlicheres, etwas puriformes Secret liefert und die Abstossung der obersten Epithellagen befördert. Untersucht man nun einige Tage nachher, so kann man sicher sein, dass etwaige Coccenbefunde nicht als zufällige Ansiedler, sondern als aus den tieferen Epithellagen herstammende Gonococcen aufzufassen seien. Bringt man solches



Secret auf gewöhnlichen Nährboden — Agar-Agar oder Gelatine, — so wachsen solche echte Gonococcen nicht — ein negatives, aber verwerthbares Kriterium. Gonococcen wachsen nur auf Blutserum und, wie ich sicher gesehen habe, auf Kartoffeln. Doch müssen bei beiden Methoden Verbesserungen gefunden werden, ehe die Culturversuche zu weiteren Studien über die Eigenschaften der Gonococcen Verwendung finden können. Die Untersuchung geschah auf die gewöhnliche Weise an mit Methylenblau gefärbten Trockenpräparaten. Ich ziehe diese Farbe allen andern vor. Hin und wieder wurde Anilinfuchsin verwandt, wo nach Spermafäden gesucht wurde, welche diese Farbe gut annehmen. (Es gibt übrigens eine den Histologen gewiss interessante Doppelfärbung der Spermatozoënköpfchen mit Anilinfuchsin und Methylenblau.)

Ich habe nun 148 Fälle von Gonorrhöe auf Gonococcen, d. h. auf ihre Infectiosität hin untersucht. Das Alter der Erkrankung schwankte zwischen 2 Monaten und 8 Jahren. Ich habe von den jüngeren Fällen nur solche (sieben 2 Monate, sechs 3 Monate alte) genommen, bei denen das Secret minimal, und mit Mühe herauspressbar und ganz weisslich, ohne eitrigen Charakter war, bei denen jegliche subjective Beschwerde fehlte und die Patienten nur, weil sie ihre Krankheit kannten, sie beobachteten.

Es wurden ferner nur solche Fälle verwendet, bei denen frische Infectionen, die einen Gonococcenbefund vortäuschen konnten, sicher ausgeschlossen waren.

Jeder Fall wurde so oft als möglich untersucht; die nur einmal untersuchten werden besonders gezählt werden.

Andere Kriterien, als den Gonococcenfund, habe ich nicht verwerthet. Das Auftreten von Nebenhodenentzündungen z. B. scheint mir nicht für die gonorrhoische Natur einer Urethritis ohne Weiteres verwerthbar. Es fehlt einerseits der Mikroskopbeweis, dass in einer Epidydimitis Gonococcen vorkommen, andererseits ist es nicht ausgeschlossen (mir auch wahrscheinlich) dass andere Coccen z. B. Staphylococcen eine Nebenhodenentzündung hervorrufen können.

Fälle, in denen die Frauen der von mir untersuchten Männer erkrankt waren, habe ich mehrere gesehen; ich habe auch von diesen abgesehen, weil hier ja eben beide Fragen: die Ursache der weiblichen Erkrankung und der Charakter der männlichen Erkrankung unentschieden sind und nicht eine Hypothese durch eine andere bewiesen werden durfte. — Doch will ich erwähnen, dass ein Theil der untersuchten Fälle erst von dem Arzte, welchen die Frauen der später mich aufsuchenden Männer consultirten, entdeckt und mir zugewiesen wurden.

Von den untersuchten 148 Fällen nun enthielten:

Gonococcen 80
keine Gonococcen 63

31 der letzteren aber habe ich nur einmal untersucht.



Aelter als 1 Jahr war die Gonorrhöe
mit positivem Befund: 18mal,
mit negativem „ 20mal (11 einmal untersuchte).

Aelter als 2 Jahre:
mit positivem Befund: 20mal,
mit negativem „ 25mal (9 einmal untersucht).

Bei 6 (negativen) war die Zeitdauer unbekannt.

Es ergibt sich hieraus, dass fast annähernd gleichviel positive d. h. Gonococcen führende (infectiöse) Fälle vorzukommen scheinen wie negative; zu Gunsten der positiven spricht nur die verhältnissmässig grosse Zahl einmal untersuchter, also nicht ganz sicher negativer Fälle.

Es folgt daraus, dass eine allgemeingiltige Entscheidung nicht getroffen werden kann, sondern jeder Ausfluss Fall für Fall einer eigenen Prüfung unterzogen werden muss.

Die Untersuchung führt aber auch zu folgendem, praktisch wichtigen, Resultat: Selbst bei gonococcenhaltiger chronischer Gonorrhöe ist die Infectiösität nicht gesetzmässig regelmässig; jedenfalls nicht bei jedem Coitus sich unbedingt vollziehend. — Die Zahl der Gonococcen ist häufig eine sehr geringe und, was wichtiger ist, ihr Auftreten ist unregelmässig, oft durch mehrtägige Pausen unterbrochen. Für die Ehe freilich ist, wie ich glaube, jede chronische Urethritis, welche Gonococcen im Exsudat enthält, als infectiös zu betrachten, mögen die Gonococcen noch so spärlich und unregelmässig vorhanden sein.

Was nun die für das praktische Handeln sich ergebenden Resultate anlangt, so sind es meiner Ansicht nach folgende:

Bei jeder chronischen Urethritis handelt es sich um zwei Factoren: 1. Sind irgend welche tiefere Alterationen der Harnröhren-Schleimhaut vorhanden oder nicht? (Erosionen, Ulcera, Papillome, Schwellungen, Stricturen, Tuberculose etc.). Die Zustände mit und ohne Gonococcen müssen in Rücksicht auf die aus ihnen sich entwickelnden Folgen (Narbenstricturen, Blasenerkrankungen etc.) stets behandelt werden.

2. Sind Gonococcen im Secret vorhanden oder nicht?

Fehlen sie bei häufig wiederholter Untersuchung und handelt es sich um eine sowohl ohne Beschwerden als auch ohne objectiv nachweisbare Veränderungen der Harnröhre bestehende Urethritis, so sehe ich von jeder Behandlung ab oder halte sie wenigstens für nicht nothwendig, zumal oder richtiger, weil ich trotz aller neueren und älteren Variationen der Methoden, trotz aller von mir und seitens der Patienten angewandten Mühe wenig oder oft keinen Erfolg gesehen habe und irgend ein Nachtheil für die Patienten, trotz vieljährigen Bestandes solcher incomplicirten und nicht infectiösen Urethralabsonderungen sich nicht herausgestellt hat.



Ich halte nur darauf, dass die Kranken jährlich 1—2 Mal sich einer sorgfältigen Untersuchung unterwerfen, um bei gehöriger Zeit etwa sich entwickelnden tieferen Schleimhautprocessen oder Complicationen entgegenzutreten.

Sind Gonococcen vorhanden, so müssen dieselben unter allen Umständen beseitigt werden, nicht nur wegen der Infectiosität des Ausflusses, sondern weil durch sie eine immerhin doch nicht unmögliche definitive Heilung jedenfalls verhindert wird. Die Methode wechselt je nach dem Charakter der Urethritis, ob mit oder ohne Complicationen der Blase, Prostata etc. Bei uncomplicirter gonorrhoischer Urethritis halte ich die Methode für die beste, welche bei genügender antibacterieller Wirksamkeit die geringsten mechanischen und chemischen Reize setzt. Abgesehen von individuellen Verschiedenheiten natürlich und ohne etwa die Brauchbarkeit anderer Methoden leugnen zu wollen, verwende ich deshalb am liebsten die Methode der Irrigation mit weichem, an der Spitze mit mehreren Oeffnungen versehenem, möglichst dünnem Katheter. Es kann auf diese Weise — event. vom Patienten selbst — jeder, auch der hinterste Abschnitt der Harnröhre behandelt werden; durch den wechselnden Druck der einströmenden Flüssigkeit und event. Zuhalten des Orificium internum können die Falten der Schleimhaut auseinandergezogen werden; durch den fortwährend rückläufigen Flüssigkeitsstrom ist die Gefahr, irgend welche Bestandtheile in die Blase zu spülen, eine sehr geringe.

Als bestes Medicament, d. h. 1. die Gonococcen mit Sicherheit tödtend und 2. die Schleimhaut am wenigsten irritirend, hat sich, aus experimentellen wie praktischen Erfahrungen heraus, eine Argent. nitric.-Lösung von 1 : 3000 — 1 : 2000 ergeben; ihr am nächsten steht Salicylsaures Natron in 5% Lösung. — Alle übrigen Lösungen, z. B. des Sublimats, der Carbolsäure, des Hydrochinon etc. etc.. sind theils nicht so sicher gonococcentödtend (Borsäure hat überhaupt gar keine gonococcentödtende Eigenschaft), theils stärker reizend. Individuelle Differenzen der Empfindlichkeit kommen natürlich hier, wie sonst vor.

Auch bei dieser, wie ich glaube, schonenden Methode bleiben leichte Irritationen nicht aus, die Secretion wird sonst stets reichlicher und puriformer. — Ich setze die Irrigationen — und im Nothfalle auch energischere Mittel, namentlich die Einführung leicht schmelzender Stäbchensuppositorien u. s. w. — aber fort, mit oder ohne Pausen, je nach dem Verhalten der Schleimhaut, bis die Gonococcen dauernd verschwunden sind, was nicht immer beim ersten Curversuch gelingt. Falsch ist es zu glauben, dass ein besonders heroisches Medicament schneller zum Ziele führt; die häufige, regelmässige Application des möglichst wenig irritirenden Mittels ist, so weit ich aus meiner Erfahrung schliessen darf (und wie ich mich an einer Gonococcen-Blennorrhöe eines Erwachsenen, dessen Bulbus vor Jahren



exstirpirt worden war, geradezu experimentell überzeugen konnte), jedenfalls vorzuziehen, und sicherer und schneller wirkend. Die Kunst besteht in dem richtigen Wechsel und gegenseitigen Abwägen zwischen Gonococcen- und Schleimhaut-Behandlung. — Sind die Gonococcen dauernd beseitigt, so höre ich bei incomplicirten Fällen mit der Behandlung auch meist auf.

Der interne Gebrauch von Balsam Copaivae ist nicht ohne weiteres zu verwerfen, jedenfalls als Adjuvans der localen Harnröhren-Therapie zu brauchen. Denn die mit dem Urin ausgeschiedenen Stoffe haben erstens zweifellos eine gonococcentödtende, ferner aber eine die Zersetzung des Urins sehr intensiv verhindernde Eigenschaft, wie Binz kurz erwähnt und Jadesson auf meiner Klinik ausführlich festgestellt hat. Letzteres aber scheint mir bei einer so lange Zeit hindurch fortgesetzten Katheterbehandlung und der dadurch immerhin gegebenen Gefahr einer Cystitis — namentlich wenn die Patienten selbst die Behandlung vornehmen — ein nicht von der Hand zu weisender Vortheil.

Ich wiederhole zum Schluss: Die Frage nach der Infectiosität der sogenannten „chronischen Gonorrhöe" (richtiger: chronischen Urethritis in Folge der Gonorrhöe) ist nicht allgemein, sondern nur von Fall zu Fall durch den mikroskopischen Nachweis von Gonococcen zu beantworten.

Unna fragt, wie viele Untersuchungen auf Gonococcen der Redner für nöthig halte, um mit Sicherheit die Abwesenheit der Gonococcen zu beweisen.

Neisser erwiedert: Die Untersuchung ist stets eine sehr häufige gewesen, zumal im Laufe der stets versuchten wochen- und monatelangen Behandlung eine regelmässige Prüfung des Urethralsecrets stattfand.

Freund (Breslau): Die Untersuchungen des Vorredners geben einen erwünschten Aufschluss über eine grosse Reihe von chronischen Pelviperitonitiden, deren Aetiologie dunkel ist und die Nögerrath (New-York) schon auf Tripperinfection zurückführte, ohne damals den Beweis geben zu können. Die in mindestens der Hälfte der Fälle von chronischer Gonorrhöe gefundenen Coccen geben nunmehr Klarheit.

Uebrigens sind diese in Frage stehenden chronischen Pelviperitonitiden der Weiber auch pathologisch-anatomisch eigenthümlich und sie sind ausgezeichnet durch die reichlichste Entwickelung sklerosirender Bindegewebsmassen, die zu den mannichfachsten Verziehungen der inneren Genitalien führen. Es ist bei der Propagationsfähigkeit der Gonococcen auch daran zu denken, dass selbst gewisse Formen von chronischen Nephritiden durch Tripperinfection entstehen können.

Neisser: Meines Wissens sind Untersuchungen über chronische entzündliche Processe im Genitaltract, weder bei Männern noch bei Weibern gemacht worden. Bisher sind Gonococcen bei acuten Fällen



nur an Epithelgewebe und nur vereinzelte an den obersten Schichten des Papillarkörpers gefunden worden. Was das Fortkriechen der Gonococcen betrifft, so sind in dem Bockhart'schen Impffalle — den wir wohl als Gonorrhöe auffassen müssen — Blasen- und Nierenerkrankungen beobachtet worden.

v. Sehlen (München): Ueber Alopecia areata

demonstrirt mikroskopische Präparate von einem typischen Falle von Alopecia areata, die Mikrococcen in bestimmter Lagerung in den Haarwurzelscheiden nachweisen. Der Vortragende betont die Nothwendigkeit der Erörterungen über die Aetiologie der Alopecia nur auf die Constanz des Befundes zu gründen, die in allen von ihm untersuchten Fällen hervortrat. In der Frage, ob diese Mikrococcen die Ursache oder eine Folge der Krankheit sind, betont v. Sehlen das eigenartige Auftreten und den Verlauf des Processes, der schon aus der äusseren Erscheinung einen Rückschluss auf die Natur desselben erlaube, wie im Vergleich auch gewisse Beispiele der Pflanzenpathologie ein ähnliches Verhalten zeigen, von welchem Präparate vorgelegt werden konnten. Schliesslich macht v. Sehlen noch auf das Auftreten von Eleidin in den Epidermiszellen aufmerksam.

Lassar (Berlin) erklärt sich generell auf Grund seiner klinischen und experimentellen Erfahrungen mit dem Vorredner einverstanden. Derselbe hat bereits vor einigen Jahren in der Berl. med. Ges. auf die Infectiosität der Alopecia areata und ihre Heilung hingewiesen und hebt hauptsächlich die Identität von allgemeiner Alopecia und Alopecia areata hervor.

Unna (Hamburg) fragt v. Sehlen, ob er mit Sicherheit in seinen Fällen das Trichophyton tonsurans ausschliessen könne.

Lassar (Berlin) erwiederte, dass auch er wie v. Sehlen die Reizungserscheinungen bei Alopecia areata nicht ausschliessen kann. Es gibt Fälle mit und ohne Reizung. Diese selbst oder ihr Fehlen gibt nicht den Ausschlag für den Charakter des Leidens. Schliesslich bestätigt Hendt, dass seine von ihm eingeführte Behaarung der umschriebenen und allgemeinen Kahlheit sich seither durchweg auf das schlagendste bewährt hat. Man ist mittelst derselben fast ausnahmslos im Stande, das Leiden zu sistiren und zur Umkehr zu zwingen.

Neisser (Breslau) fragt v. Sehlen, wie er sich zu den verschiedenen Mikroorganismenarten verhält, welche sowohl v. Sehlen als er selbst bei Culturversuchen gefunden hat.

In der Discussion betont v. Sehlen auf die Anfrage Unna's, dass die Diagnose auf Alopecia areata in den von ihm beobachteten Fällen mit Sicherheit gegenüber der des Herpes tonsurans gestellt werden konnte, weil sich einerseits das Krankheitsbild durchaus von dem gewöhnlichen des Herpes unterschied und sodann auch in den



Fällen, die von ihrer Entstehung an beobachtet werden konnten, nie der specifische Erreger des Herpes sich vorfand.

Die Contagiosität des Leidens, für das v. Sehlen einige Beispiele anführt, sowie die Wirksamkeit der Sublimatbehandlung geben weitere Anhaltspunkte für die bacterielle Natur der Alopecia areata. Was noch das Auftreten verschiedener Formen von Bacterien anlangt, so können wohl nur diejenigen als die eigentlichen Erreger angesehen werden, welche sich in allen Fällen vorfinden, während andere Formen als zufällige Verunreinigungen anzusehen sind, die wohl erst in Folge der krankhaften (durch die primären Mikrococcen gesetzten) Veränderungen sich am Haar ansiedelten. Indessen muss die Möglichkeit offen gelassen werden, dass auch verschiedene Organismen die gleiche Erkrankung hervorrufen können, zumal eine gewisse Disposition des Organismus wohl anzunehmen sei.

Für den folgenden Tag ist ein geschäftlicher Antrag Neisser's angekündigt, ausserdem Vortrag von Finger über die Natur des weichen Schankers und Demonstration von Specialbacillen von Unna, endlich ein Vortrag von Doutrelepont über einen Fall von Keloid.

Als Präsident für die folgende Sitzung wird gewählt Doutrelepont (Bonn).

II. Sections-Sitzung, Samstag den 29. September 9 Uhr Vormittags.

Vorsitzender: Doutrelepont.

Unna demonstrirt Schnitte aus lepröser Haut, welche nach seiner Trockenmethode dargestellt sind. Dieselben beweisen, dass die bisher für bacillenhaltige Zellen gehaltenen Herde der leprösen Haut gar keine Zellen, sondern Bacillenhaufen sind, dass solche von einem schleimigen Mantel umgebene Bacillenhaufen sämmtliche Lymphgefässe der Haut erfüllen, weiter aber auch in den Haarbälgen, Knäueldrüsen sowie in den Blutgefässen (Venen und Arterien) zu finden sind, wo sie das Endothel streckenweise dicht bedecken, nicht dagegen in den Talgdrüsen. Schliesslich macht Unna noch auf einen merkwürdigen Befund an einigen Knäueldrüsen aufmerksam.

Touton glaubt, dass die neue Methode sehr geeignet ist, eine grössere Zahl von Bacillen sichtbar zu machen, als man früher sah. Für die Entscheidung der Zellennatur der compacten Bacillenhaufen scheint sie ihm nicht geeignet zu sein, weil die betreffenden Gebilde durch die sich in ihnen entwickelnden Wasserdämpfe sehr plötzlich ausgedehnt und eine etwaige Zellenmembran sprengen können. (Präparat mit dadurch entstandenen Rissen in den Bacillenhaufen.) — Der Nachweis des Kernes in den „compacten Bacillenhaufen" ist deshalb unmöglich, weil derselbe durch Entziehung des Nährstoffes, durch irgend eine Art der Nekrose (Coagulations- oder Compressionsnekrose) zu Grunde gegangen ist.

Ueber die Localisation in den Haaren, Gefässen, Schweissdrüsen, Nerven stimmt er mit U. überein. Nur glaubt er, dass in der Intima die Bacillen nicht auf den Zellen, sondern in denselben liegen.

Neisser will nicht eher ein abschliessendes Urtheil aussprechen, ehe er selbst durch erneute Untersuchungen, speciell nach der Trockenmethode (welche Long in Breslau übrigens seit Jahren anwende) sich unterrichtet hat. Doch kann er seine Zweifel, dass die sehr eingreifende Unna'sche Methode Zellveränderungen hervorgerufen habe, nicht unterdrücken. Seine Präparate haben weder ihm, noch den vielen Herren, welche dieselben gesehen, den geringsten Zweifel an der Zellennatur der Bacillenhaufen aufkommen lassen. — Die Verschiedenheit der Zellengrösse habe er bei gleich alten Neoplasmen nicht finden können; ebenso spreche mangelnde Coagulationsnekrose, Verkäsung nicht gegen seine Ansicht; denn es sei eben bei den Leprabacillen eine eigene, specifische Wirkungsweise ebenso vorhanden, wie bei Tuberkelbacillen etc. — Die von Unna beschriebenen Löcher halte er nicht für die früheren Vacuolen. — Im Hoden habe er selbst die Bacillenhaufen für nicht an Zellen gebunden gehalten, halte aber bis jetzt noch fest, dass in der Haut, Nerven etc. es Leprazellen gäbe.

Er fragt schliesslich, warum gerade der subepitheliale Streifen in Lepraknoten, der nach Unna aus Lymphomen geradezu bestände, keine Bacillen enthielte; warum die Lymphgefässe der Hohlhand trotz der förderlichen Muskelbewegung frei seien.

Die von Unna angegebene Localisation im Epithel etc. könne er vollkommen bestätigen.

Unna erwiedert Touton:

1. Wenn meine Methode die supponirten Zellen durch Sprengen zerstörte, müssten alle Haufen Risse zersprengter Zellmembranen zeigen.

2. Es ist nicht genug, zu behaupten, dass die Kerne im Allgemeinen wohl durch Coagulationsnekrose zu Grunde gehen, sondern es ist zu verlangen, dass das allmälige supponirte Zugrundegehen mittelst guter Kernfärbungsmittel (Hämatoxylin, Saffranin) thatsächlich nachgewiesen werde. Ich habe nichts derart gesehen.

3. Es ist Touton bisher auch nicht gelungen, was ich durchaus verlangen muss, Zellen nachzuweisen, die Bacillen enthalten (daneben noch Kernreste nachweisen lassen), und in der Complementärfarbe gefärbt sind.

Unna erwiedert Neisser:

1. Ich glaube, dass die Höhlungen der Bacillenhaufen identisch sind mit den Vacuolen der sogenannten Leprazellen und nur durch die Austrocknung deutlicher und grösser werden.



2. Neisser hält die Haufen im Hoden auch nicht für Zellen, sondern für einfache Bacillenhaufen, in der Haut und in den Nerven dagegen für Zellen. Ich hoffe, dass derselbe bei einer Nachuntersuchung zu der einheitlichen Auffassung gelangt, dass überall einfache Bacillenhaufen vorhanden sind.

Doutrelepont bemerkt, dass es sehr schwer sei nach den Unna'schen Präparaten zu entscheiden, ob die Bacillen in oder auf den Zellen liegen, dass seine Präparate nach der alten Methode ebenso deutliche Bilder noch nach einem Jahre geben, wie die Präparate von Unna nach 6 Monaten.

Unna bittet Doutrelepont um eine genaue Auseinandersetzung seiner Methode, Leprabacillen aufzusuchen.

Doutrelepont setzt dieselbe auseinander.

Touton schliesst sich bezüglich der Haltbarkeit der nach der früheren Oelmethode hergestellten Präparate Doutrelepont vollständig an. Er legt das Hauptgewicht auf das vollständige Aufsaugen des Nelkenöls und die Trockenheit des Canadabalsams.

Neisser schliesst sich namentlich in Betreff der Nothwendigkeit frische Präparate zu untersuchen — Cornea, Nerven — Doutrelepont an. — Dass es sicher Zellen mit Bacillen gäbe, steht fest, wie Saftpräparate beweisen. — Er weist auch auf die Mastzellenkörnung hin, welche nicht immer in den Präparaten mehr an Zellen gebunden erscheine.

Finger: Ueber die Natur des weichen Schankers.

Erlauben Sie, dass ich meiner Mittheilung einige kurze historische Daten vorausschicke.

Während die Dualisten den weichen Schanker stets absolut und unbedingt von der Syphilis trennten, hat die Lehre der Unitarier über das Verhältniss des weichen Schankers zur Syphilis eine Reihe von Wandlungen erfahren. Zunächst identificirten die Unitarier den weichen Schanker absolut mit der Syphilis, liessen ihn durch dasselbe Virus entstehen und machten sein Entstehen nur von individuellen Bedingungen abhängig. Diese Ansicht fiel, als man zur Ueberzeugung kam, dass beide Schanker, jeder in seiner Art, sich forzupflanzen pflegten und ein und dasselbe Individuum rasch hintereinander von einem weichen Schanker einen weichen, von einem syphilitischen, wieder einen solchen mit nachfolgenden Consecutivis acquiriren könne, die Individualität also bei Entwicklung der Allgemeinerkrankung keine wesentliche Rolle spiele. Das Bestreben der Unitarier ging nun dahin, den weichen Schanker als ein Nebenprodukt der Syphilis als Effect der Impfung von Syphilisvirus auf Syphilitische darzustellen. Der Erste, der bei der Impfung von Eiter einer zerfallenden Sklerose am Träger einen weichen Schanker erhielt, war Clerc. Dieser stellte die Ansicht auf: „Der weiche Schanker entstehe durch die wieder-



holte positive Impfung von Syphilisvirus auf Syphilitische." Trotzdem blieb Clerc bei seiner dualistischen Ansicht, weil er die Ueberzeugung hatte, dass der einmal gebildete weiche Schanker sich sowohl auf Syphilitischen, als auf Gesunden stets als local bleibende Geschwürsform fortpflanze. Die Resultate der Impfungen Köbner's waren die: dass seröses, an Eiterzellen armes Secret einer Sklerose oder Papel keinen Impferfolg gibt, dagegen Pusteln und Geschwüre entstehen, wenn man Sklerose und Papeln mechanisch und chemisch in Eiterung versetzt und mit diesem Eiter impft, ferner könne man durch Verdünnung des Eiters weicher Schanker die Intensität der Wirkung desselben herabsetzen. Aus diesen beiden Erfahrungen schloss Köbner: Der weiche und inficirende Schanker seien Folgen desselben Virus, das nur in seiner Intensität und Zusammensetzung variirt, dessen stärkste Modification den weichen Schanker, dessen mildere Modification dagegen die syphilitische Primärform erzeugt. Abgesehen davon, dass durch die reichliche Eiterung einer Sklerose, das nun weiche Sckanker producirende Virus eher verdünnt, als verstärkt wird, ist es bisher noch nie gelungen, durch successive Verdünnung des weichen Schankereiters und Impfung desselben eine syphilitische Primärform zu erzeugen.

Aehnliche Versuche wie Köbner, machten auch die Syphilisatoren Böck, Bidenkap, Sperino, Auspitz und Pick. Auch diese kamen zur Ueberzeugung, dass, während das nässende Secret primärer und secundärer Syphilisformen keinen positiven Impferfolg gibt, ein weicher Schanker erzielt werden könne, wenn man diese primären und secundären Formen in Eiterung versetzt und impft. Sie kamen zum Schluss, der weiche Schanker sei die Folge der Impfung von Syphilisvirus auf Syphilitische. Dieser Schluss ist nicht berechtigt, da ja Syphilisvirus sowohl im nässenden, als im eitrigen Secrete primärer und secundärer Syphilisformen vorhanden ist, nur das letzte aber positive Erfolge gibt. Man darf nur sagen: Der weiche Schanker ist das Produkt der Impfung syphilitischen Eiters auf Syphilitische.

Die Impfungen von Pick, Reder, Kraus, Auspitz ergaben aber weiter, dass auch der Eiter von nicht syphilitischen Formen, von Pemphigus, Acne, Lupus an Syphilitischen in vielen Generationen impfbar ist, der weiche Schanker also auch das Produkt der Impfung von nicht syphilitischem Eiter auf Syphilitische sei.

In gleicher Weise erzielten Morgan, Boeck, Rieger durch Impfung mit dem Eiter eines Vaginalfluor auf der syphilitischen Trägerin weichen Schanker.

Endlich ist auch auf Gesunde mit genuinem Eiter geimpft worden. Die Zahl dieser Impfungen ist sehr gross. Neben zahlreichen negativen Erfolgen liegen als positive Ergebnisse vor: die Erzielung von in Generationen impfbaren Geschwüren durch Impfung des Eiters von Pusteln, die durch Tartarus emeticus erzeugt wurden, durch Impfung des Eiters von Impetigo, Ecthyma, Zoster, Lupus vul-



garis, Pemphigus, Herpes, Scabies, chronischem Fussgeschwür, Acne vulgaris.

Ich habe mich mit diesen Impfungen bereits seit dem Jahre 1880 eingehend beschäftigt, die hier genannten Impfungen wiederholt, mich von der Richtigkeit des Erfolges derselben durch die eigene Erfahrung überzeugt. Auch mit dem Eiter nicht syphilitischer Formen an nicht syphilitische Individuen habe ich geimpft, Pusteln und seichte Ulcerationen erzielt, doch der Erfolg war kein so typischer, dass ich diese Impfresultate hätte als weiche Schanker bezeichnen dürfen. Ich hatte bisher stets gleich allen meinen Vorgängern von Haut zu Haut geimpft. Die Schleimhäute, und ganz speciell das Genitale waren zu solchen Impfungen bisher nicht benützt worden und doch finden gerade von diesem und auf diese die meisten Uebertragungen statt. Ich modificirte daher meine Impfversuche in der Weise, dass ich den weiter zu impfenden Eiter vom Genitale produciren liess und die dadurch erzielten Erfolge waren in jeder Beziehung beachtenswerth.

Der erste dieser Versuche, den ich eingehender schildern will, war der folgende: Bei einer Patientin, die wegen Fluor vaginae und Eczema intertrigo auf die Klinik für Syphilis aufgenommen wurde, überzeugte ich mich, nachdem die Krankheitsformen geschwunden waren, zunächst von der Nichthaftbarkeit des Vaginal- und Uterinalsecretes. Nachdem diese constatirt, ebenso etwa vorhandene weiche Schanker am Genitale dadurch schon, wie durch sorgfältige Untersuchung ausgeschlossen waren, nahm ich mit einem scharfen Löffel eine Erodirung der hinteren Commissur vor. Es ist selbstverständlich, dass der Versuch unter allen erdenklichen Cautelen vorgenommen wurde, neue Instrumente benützt, die Patientin an das Bett gebannt, weder verbunden noch ausgespült wurde, um Uebertragung zu verhindern nnd möglichst natürliche, den äussern gleichende Verhältnisse herbeizuführen. Ebenso betone ich, dass sich zu der Zeit und schon viele Wochen vorher kein Weib mit weichem Schanker auf der Klinik befand. Mit dem spärlichen Eiter der erzielten traumatischen Erosion impfte ich mit negativem Erfolg. Nur versetzte ich die Erosion dadurch in intensive Eiterung, dass ich sie mit frischem Sabinapulver bestreute. Tags darauf producirte die Erosion reichlich guten Eiter. Diesen impfte ich mit einer neuen Lancette an zwei Stellen der inneren Fläche des linken Oberschenkels. Zwei Tage später fanden sich an den beiden Impfstellen pralle, linsengrosse Pusteln, die sich rasch in typische, locheisenförmig, ausgeschlagene Geschwüre umwandelten. Die Erosion an der hinteren Commissur war, nachdem kein Sabinapulver mehr applicirt wurde, binnen wenigen Tagen verheilt, ohne je mit einem weichen Schanker Aehnlichkeit gehabt zu haben. Der Eiter der Geschwüre am linken Oberschenkel wurde nun in mehreren Generationen an der Trägerin und einem Manne weitergeimpft. Alle Impfungen gaben typische Impfschanker. Nachdem die Impfung bis



zu sechs Generationen noch immer ganz typischen positiven Erfolg gab, von einer Abschwächung der Virosität des Eiters aber noch nichts zu bemerken war und dieser noch sicherlich in sehr vielen Generationen wäre impfbar gewesen, unterliess ich weitere Impfungen. Die Muttergeschwüre am linken Oberschenkel unserer Patientin sowie alle Tochtergeschwüre brauchten unter, durch die ersten 14 Tage exspectativer, dann Jodoformbehandlung mehr als vier Wochen zur Heilung, erreichten die Grösse bis zu 4 Ctr. Trotzdem Patientin stets im Bette lag, gesellte sich zu den Geschwüren am linken Oberschenkel eine sehr acute Drüsenentzündung in der linken Seite, die trotz meiner Bemühungen innerhalb sechs Tage seit Beginn fluctuirte und incidirt werden musste.

Aehnliche Versuche nahm ich noch vier vor. Alle hatten dasselbe Resultat. Die Erosionen an der hintern Commissur, die mit scharfem Löffel erzeugt wurden, producirten theils direct, theils erst auf Irritation mit Sabinapulver inoculabeln Eiter, ohne selbst weichen Schankern zu gleichen und verheilten, wenn das Sabinapulver weggelassen wurde, rasch. Die Inoculation ergab Knötchen, die nach 48 Stunden meist schon in linsengrosse Pusteln umgewandelt waren, und bis zur Bildung von 1—4 grossen Geschwüren führten, die in vielen Generationen impfbar waren. Ein Geschwür dritter Generation auf den Oberarm eines Mannes geimpft, gab Veranlassung zur Bildung einer acuten, vereiternden Entzündung einer Axillardrüse.

Allerdings hatte ich, diesen positiven Versuchen gegenüber, auch negative Resultate zu verzeichnen, in denen Irritation traumatischer Erosionen mit Sabinapulver, Tartarus stibiatus keinen Erfolg hatte. Doch lag die Hauptschwierigkeit in diesen Fällen in der Anregung der Eiterung, die in den negativen Fällen nicht gelang. Sobald ich die Erosion setzte und mit dem Sabinapulver bestreute, bildete sich auf ihr ein festhaftender, filziger Beleg. Setzte man mit dem Sabinapulver aus, so stiess sich der Beleg ab, die Erosion reinigte sich ohne zu eitern.

Aus diesen Versuchen nun folgt unzweideutiger, als aus den bisherigen, dass der weiche Schanker auch das Produkt der Impfung gemeinen Eiters auf Nichtsyphilitische sei. Ueberblicken wir die bisherigen Versuche und deren Ergebniss, so werden wir zum Schlusse kommen, dass jeder Eiter, der von syphilitischen Efflorescenzen sowohl, als von nichtsyphilitischen entnommene, auf Syphilitische sowohl als auf Gesunde übertragen, weiche Schanker erzeugen könne. Der weiche Schanker ist aus seinem Zusammenhange mit der Syphilis gerissen, nicht das Syphilisvirus, sondern der Eiter producirt ihn.

Nachdem jeder Eiter unter günstigen, uns allerdings bisher nicht näher bekannten Bedingungen, weichen Schanker zu erzeugen vermag, so kommt diese Eigenschaft auch dem von syphilitischen Efflorescenzen herstammenden Eiter zu. Dieser dient nun aber zugleich dem Syphilisvirus zum Vehikel.



Wird also syphilitischer Eiter auf Gesunde übertragen, so bildet sich als Produkt der Eiterwirkung zunächst ein weicher Schanker, der unter Einwirkung des sich infolge der Uebertragung des Syphilisvirus bildenden Initialinfiltrates, verhärtet, also einen gemischten Schanker darstellt. In der That zeigt auch die Confrontation als Mutter des gemischten Schankers sehr oft die zerfallende Papel.

Nun ist das Zustandekommen der Induration von localen anatomischen Verhältnissen abhängig. Es gibt Localitäten, die zur Bildung eines tastbar harten, knotigen Initialinfiltrates nicht geeignet sind. Wird auf eine solche Stelle syphilitischer Eiter übertragen, so kommt wohl die Eiterwirkung zu Stande, doch die unserem Tastsinn merkbare Wirkung des Syphilisvirus bleibt aus, der Schanker bleibt weich, wird aber von Consecutivis gefolgt, wie man das an dem Mittelstück der Glans, im Vestibulum, der Vagina wohl hier und da beobachtet.

Wenn nun so der verschiedenartigste Eiter weichen Schanker zu erzeugen vermag, ist dann der weiche Schanker doch noch eine virulente Affection oder ist er es nicht; ist er vielleicht blos Wirkung einer nicht specifischen Irritation? Beides ist möglich. Es ist ja ganz wohl denkbar, nachdem ja nicht jeder Eiter und nicht immer weiche Schanker erzeugt, dass zur Erzeugung desselben die Hinzukunft eines Virus nothwendig ist, das von aussen hineingelangt und ein Virus animatum darstellt.

Anderseits besitzt aber der weiche Schanker einige Eigenschaften, die mit dessen Virosität nicht recht in Einklang zu bringen sind.

1. Das Fehlen der Incubation. Der weiche Schanker hat keine solche, er entsteht im unmittelbarsten Anschluss an die Impfung. Hat der weiche Schanker nur ein Virus, so müsste man annehmen, dass dessen Menge bei der Uebertragung schon genügend gross ist, um gleich Reactionserscheinungen zu erzeugen.

2. Das Virus der Infectionskrankheiten vermehrt sich nach seiner Uebertragung am Ort der Invasion und unterhält und steigert durch die Vermehrung die Krankheitserscheinungen. Die Periode des progressiven Zerfalles beträgt beim weichen Schanker etwa 3—4 Wochen. Wird nun dieses progressive Fortschreiten des Geschwüres durch Vermehrung des Virus bedingt, so müsste, da das Virus mit dem Eiter, den Zerfallsprodukten eliminirt wird, demzufolge die Virosität des Eiters zunehmen, der Eiter der dritten Woche des Bestandes, der mehr Virus führt, auch virulenter sein, als der der zweiten, dieser als der der ersten Woche. Nun finden wir beim weichen Schanker gerade das Entgegengesetzte. Die Virulenz des Eiters ist am Beginn, in der Pustel, die grösste und nimmt von da successive ab. Dies wäre nur dann erklärlich, wenn die Elimination des Virus von Anbeginn über die Vermehrung desselben das Uebergewicht hätte. Wäre dies aber der



Fall, dann könnte eine Reaction, ein progressives Geschwür überhaupt nicht zu Stande kommen, da das Zustandekommen einer Reaction eine Festsetzung und Vermehrung des Virus, die über die Elimination überwiegt, voraussetzt.

3. Es ist eine wohlconstatirte Thatsache, dass verschiedene Körperstellen gegen die Einwirkung des Schankereiters ganz auffallend verschieden reagiren. Unter der Voraussetzung eines Virus, dessen biochemischen Vorgängen die überall chemisch gleich beschaffene Haut, stets den gleich guten Boden abgeben müsste, wäre diese Thatsache unerklärlich. Sie findet aber wohl ihre Erklärung, wenn der Schankereiter einfach irritirend wirkt, in der verschiedenen Irritabilität verschiedener Hautstellen. Ebenso wäre die Thatsache, dass gewisse acute Krankheiten die Empfänglichkeit für den weichen Schankereiter, für die Dauer der Erkrankung herabsetzen, unter der Supposition eines Virus bisher ohne Analogon.

Diese Thatsachen weisen dem Boden bei Zustandekommen des weichen Schankers eine wesentliche Rolle zu, sie führen zur Ueberzeugung, dass nicht so sehr die Virulenz des Eiters, als die Empfänglichkeit des Bodens den weichen Schanker macht. Ich glaube daher den weichen Schanker einfach als „Produkt der Uebertragung irritirenden Eiters auf genügend irritable Haut- und Schleimhautstellen" definiren zu sollen.

Discussion. — Neisser ist mit Finger in seiner Ansicht über den Dualismus vollkommen einverstanden. Er hält aber eben für die von Finger postulirte „genügende Reizursache" ein specifisches, dem Ulc. molle eigens zukommendes Virus für erforderlich. Die Incubation sei kurz, aber entspreche der kurzen Zeit, in der z. B. Staphylococcen sich wirksam erwiesen.

Finger betont die verschiedene Empfindlichkeit verschiedener Hautstellen gegen den weichen Schankereiter, der an Haut der Schenkel, des Stammes, der oberen Extremität, was Grösse der Geschwüre, Zahl der Generationen betrifft, differente Resultate gibt, ebenso sei die locale und universelle Immunität bei der rein localen Wirkung mit einer Virulenz nicht recht in Einklang zu bringen.

Lesser fragt an, ob die Fachgenossen gleich ihm ein ausgesprochenes, numerisches Missverhältniss veritabler weicher Schanker gegenüber den specifischen Infiltrationen beobachtet haben.

Finger: Was Diagnose des weichen Schankers betrifft, so sei diese schwierig und nur aus der Inoculabilität des Eiters zu machen. Impfschanker und Schanker per coitum acquirirt, verlaufen sehr different, haben ganz verschiedenes Aussehen, was durch die Verschiedenheit der Uebertragung, die beim Impfschanker punktförmig, subepidermidal, bei der Infection aber oberflächlich auf unregelmässigen Erosionen stattfindet, zu erklären ist. Ein anderes Kriterium als die Inoculabilität des Eiters gebe es vorläufig nicht.

Lesser betont, dass fast jeder Eiter metastatische Weiterverbreitung durch Impfung findet, es deshalb auch gar nicht gesagt ist, ob ein von Ulcus-Molle-Secret (das von vornherein einen Stapelplatz verschiedenster Verunreinigungen darstellt) stammendes Geschwürchen den ursprünglichen Krankheitserreger enthält.

Dies ist um so wichtiger, als ja die meisten specifischen Indurationen mit Erosionseiter bedeckt sind, ohne dass derselbe das syphilitische Virus in reiner Form repräsentire. Werden doch in der Regel die subcutanen Initialaffecte erst durch mechanische Wachsthumssprengung der Oberhaut oder neue Cohabitations-Insulte zur Geschwürsbildung.

Antrag von Neisser: Die zu Strassburg versammelte Section für Dermatologie und Syphilis beschliesst dahin wirken zu wollen, bei späteren Versammlungen stets als eigene Section constituirt zu werden.

Nach einer kurzen Discussion, an welcher die Herren Doutrelepont, Neisser, Unna, Lesser, Lipp, Finger theilnehmen, wird der Antrag angenommen.

Doutrelepont: **Ueber einen Fall von Hautgangrän mit Keloidbildung.**

Ich habe jetzt noch in meiner Beobachtung einen ganz merkwürdigen Fall von Hautgangrän, der in dieser Art noch nicht beschrieben ist und schwer zu erklären ist.

Eine frühere Wärterin einer Irrenanstalt in der Umgebung von Bonn kam im Monat Mai in die Klinik. Am 1. August stach sie sich mit einer Nadel unter den Nagel des linken Daumens. Die Nadel wurde durch Eiterung entfernt. Am 2. August traten an der ersten Phalanx des Daumens zwei weissliche Flecken auf. Allmählich verbreiteten sich diese Flecken über den ganzen Körper. Doutrelepont zeigt die Photographien. Auf den ersten Blick scheint es man habe wahre Keloide vor sich, allein die Anamnese lehrt uns, dass wir von falschen Keloiden sprechen müssen.

Einige Flecken verwandelten sich in Blasen. Hierauf wurde die Oberfläche der gangränescirenden Haut abgestossen und darauffolgend zeigte sich Granulationsbildung, die in Keloid überging. Später wandte Doutrelepont Sublimatbehandlung an, wobei sich keine Keloide mehr entwickelten, sondern die Geschwüre normal vernarbten.

Eine solche Verletzung gerade am Tage vorher spricht sehr für eine Infection und in der jetzigen Zeit kann man sich nichts anderes denken, als dass etwas Virulentes eingedrungen sei. Leider sind meine Untersuchungen bis jetzt vollständig negativ ausgefallen. Dass Coccen an der Oberfläche der gangränescirenden Haut gefunden werden, ist ja natürlich. Ich habe weisse Stellen exstirpirt und in Alkohol gehärtet. Hier und da habe ich kleine Coccenhaufen gefunden, aber mehr an der Oberfläche.

Die Patientin ist ein junges Mädchen, blühend, kräftig, 25 Jahre alt. Zur Zeit des Auftretens der Flecken hatte sie 38·5—39·0. Auch hatte die Patientin an den afficirten Stellen brennende Empfindung.

Am Schluss bittet Doutrelepont die Collegen, ob ihnen aus der Literatur oder Erfahrung ähnliche Fälle bekannt seien.

Finger fragt, ob der Gangrän nicht ein erythematöser Process vorausgegangen sei und ob nicht ein symmetrisches Auftreten stattgefunden habe.

Doutrelepont verneint beides.

Lesser berichtet von einem ähnlichen Fall, der aber durch mercurielle Behandlung heilte, obwohl Syphilis ausgeschlossen werden konnte.

Lipp erzählt von einem ähnlichen Fall von Hautgangrän, der leider einer längeren Beobachtung entzogen wurde. Merkwürdig war dabei eine zeitweilige vollständige Anurie während vieler Wochen.

Lesser erwähnt mehrere ähnliche Fälle aus der Literatur.

Lutz (Limeira, Brasilien) demonstrirt eine kleine Zehe, die von einem Kranken mit Ainhum entfernt wurde. Der Process befindet sich hier noch im Anfangsstadium und die Operation wurde nur vorgenommen, weil die Zehe sich in Valgusstellung befand und den Kranken am Gehen hinderte. Eine anatomische Untersuchung soll später angestellt und publicirt werden.

Sodann wird die Tagesordnung für die Nachmittagssitzung festgestellt und Doutrelepont als Präsident beibehalten.

III. Sections-Sitzung, Samstag den 19. September 4 Uhr Nachmittags.

Vorsitzender: Doutrelepont.

Neisser: Ueber Calomel-Injectionen.

Der Vortragende macht Mittheilungen über die nach Scarenzio's, Kölliker's und Smirnoff's Vorgang gemachten Calomel-Injectionen, welche im Laufe des letzten Jahres auf seiner Klinik zur Syphilisbehandlung versucht wurden. — Die Herren Kopp und Chotrue werden später darüber ausführlich berichten.

Neisser' Schlussfolgerungen sind:

1. Die von uns geübte Methode der Calomel-Injectionen besteht in der Einspritzung von 1 Cg. einer mehrprocentigen Suspension von Calomel in kochsalzhaltigem Wasser, mit oder ohne Mucilago gummi arabici. — Es wurden behandelt:

in Klinik und Poliklinik: 106 Patienten; 39 Männer und 67 Frauen;
privatim: 16 „ 15 „ „ 1 „

Am besten bewährte sich unter verschiedenen Versuchen, bei denen die für die Einzelinjection verwandte Calomelmenge 0,025, 0,06 und 0,1 mit entsprechender Aenderung der Injectionszahl betrug, die alte Angabe: 4—6 Injectionen zu 0,1 Calomel zu machen. Rp. Calomel,



Natr. chlor. aa 5,0, Aq. destill. 50,0. Mucilago gummi arab. 2,5. Die Beifügung des ClNa zur Flüssigkeit hat den Vortheil, das Calomel in feinste Vertheilung innerhalb der Flüssigkeit zu bringen und den Zusatz anderer zu diesem Zwecke angewandter Mittel, z. B. Gummi arabic., ersparen zu können.

Mit Mucilago ist die Suspension eine etwas leichtere. Doch habe ich den Eindruck, dass die später zu erwähnenden Nachtheile (Schmerzhaftigkeit etc.) durch den Zusatz von Gummi vergrössert werden.

In der Flüssigkeit entstehen natürlich kleine Mengen von Sublimat, welche für die Injection und ihren therapeutischen Werth selbst bedeutungslos sind, dafür den Vortheil gewähren, dass die Injectionsflüssigkeit stets frei von Mikroorganismen bleibt.

2. Die Injectionen werden, wie sich nach verschiedenen, mannigfach variirten Versuchen ergeben hat, am besten wöchentlich je 1mal, oder alle 2 Wochen je 2 auf einmal gemacht; im ganzen 4—6 Injectionen. Es entsprechen diese 4—6 Injectionen jedoch nicht ganz 0,4—0,6 Calomel, da stets ein Rückstand in der Spritze bleibt, der trotz sorgfältigen Schüttelns nicht zu vermeiden ist. Bei Gummizusatz ist derselbe bedeutender, als ohne denselben. — Als Ort der Injection eignen sich am besten die Glutäalregionen (besonders die seitlichen Theile hinter dem Trochanter), event. die seitlichen Rückenpartien. Es muss tief in die Gewebe injicirt werden, aber möglichst mit Schonung der Muskeln. — Massiren nach der Injection ist nicht vortheilhaft.

3. Die Calomel-Injectionen sind neben der Innunctionscur die wirksamste und energischste Methode der Syphilisbehandlung.

Das bei der Einspritzung deponirte Calomel erfährt eine allmähliche, durch viele Wochen hindurch stetig sich vollziehende Umwandlung in lösliches Quecksilberchlorid, welches als Quecksilberalbuminat zur Resorption gelangt. Wir haben demgemäss eine Methode, bei welcher — analog den Vorgängen bei der Inunctionscur — eine ganz besonders langdauernde und doch nur langsam sich entwickelnde Durchtränkung des Organismus mit Hg vor sich geht. — Die diesbezüglichen Urinuntersuchungen sind noch nicht abgeschlossen und werden später berichtet werden. Ich halte sie demnach schon a priori für die einzige Methode, welche die Inunctionscur an therapeutischer Wirksamkeit erreicht, eine Ansicht, welche die klinische Erfahrung durchaus bestätigt.

Die Calomelmethode ist deshalb besonders brauchbar und hat sich praktisch bewährt:

1. Als erste Cur eines Syphiliskranken. Gerade dieser ersten Cur glaube ich, wie ich an anderen Orten auseinandergesetzt habe, eine ganz besondere Bedeutung beimessen zu müssen.

2. Für die Behandlung schwerer Recidive sowohl der Frühperiode (Iritis, papul., squamöse Exantheme etc.) als der Spätperiode. Bei



keiner Methode der Allgemeinbehandlung, selbst nicht bei den zugleich als örtliche Behandlung wirkenden Curen, haben wir ein so rapides Abheilen der derben, sonst so resistenten Krusten papulöser Exantheme beobachtet, als nach Calomel-Injectionen.

3. Für die von mir im Fournier'schen Sinne 3 bis 4 Jahre hindurch angewandten, jährlich einmal eingeleiteten energischen Curen.

Zur Behandlung der leichteren, bisweilen ja sonst ohne Pause Monate hindurch auftretenden Recidive der Frühperiode, ferner für die (nach Fournier) einzuschaltenden kleineren Zwischencuren sind die Injectionen mit den leicht resorbirbaren und schnell den Organismus passirenden Hg-Amid-Verbindungen oder Hg-ClNa., oder die interne Behandlung mit Hydr. oxydulat. tannic. vorzuziehen.

Den ganz besonderen Werth der Methode sehe ich in der Vereinigung der therapeutischen Wirksamkeit einerseits mit der praktischen Bequemlichkeit andererseits, wodurch es ermöglicht wird, namentlich bei ambulanten (auswärts wohnenden) oder unzuverlässigen Patienten in einer dieselbe meist wenig belästigenden und wenig Zeit kostenden Weise eine gründliche, an Wirksamkeit der Inunctionscur fast gleichartige Cur sicher durchzuführen. Recidive bleiben bei dieser Methode, wie bei jeder anderen, nicht aus. Ein definitives Urtheil zu fällen, bin ich bei der Kürze der Beobachtungsdauer nicht im Stande.

Die Nachtheile bestehen 1. in der — andern Injectionen gegenüber — entschieden stärkeren Schmerzhaftigkeit mit bisweilen umfangreichen Infiltraten an der Injectionsstelle. Abscesse entstehen wohl häufiger, als bei anderen Hg-Injectionsflüssigkeiten, aber bei vorsichtiger Technik doch selten. Weiber, überhaupt fettreiche Personen, leiden zwar unter diesen Nachtheilen häufiger, als Männer und fettarme Menschen, bei im Ganzen 717 Injectionen entstanden 31 Abscedirungen (welche zum Theil nachweislich auf direct schlechter Technik beruhen). — Schmerzen waren häufiger. Zwei der 16 Privatpatienten erklärten nach der ersten Injection keine weiteren sich machen zu lassen. Unter den 106 klinischen und poliklinischen machten 73 die volle Behandlung durch (d. h. erhielten mindestens 0·3 Calomel); bei 33 wurde die Cur vorher unterbrochen.

Die oben erwähnten 31 Abscedirungen vertheilen sich auf 25 Patienten, indem ein Patient 3 Abscesse, 4 je 2 und 20 je 1 Abscedirung bekam; doch sind hier die individuellen Verschiedenheiten auffallend gross.

Die entzündlichen Vorgänge an der Injectionsstelle — Infiltrate oder Abscesse — sind auf die Eigenschaften der Injectionsflüssigkeit, nicht auf die Verunreinigungen zurückzuführen. Culturversuche ergaben, dass sowohl die Injectionsflüssigkeit, wie der Abscessinhalt stets mikroorganismenfrei waren. Damit in Uebereinstimmung steht auch die auffallend rasch sich abspielende Heilung der bisweilen sehr



grossen Abscesshöhlen. — Nie bleiben Verhärtungen an den Injectionsstellen zurück.

Die Menge des in der Injectionsflüssigkeit enthaltenen Calomels — sie schwankte in unseren Versuchen zwischen 0·025 und 0·1 — ist für den Grad der Schmerzhaftigkeit wie der Infiltratbildung verhältnissmässig irrelevant. Die Patienten ziehen daher mit Recht die grossen und seltener gemachten Injectionen (zu 0·1 Calomel) vor. Das Entstehen der — stets Calomel im Eiter enthaltenden — Abscesse schädigt den therapeutischen Erfolg einer Cur.

2. In der grösseren Häufigkeit von Stomatitis kam dieselbe erst mehrere Wochen nach der letzten Injection zur Beobachtung; fraglich ist es, ob in Folge der durch die Summe der Injectionen entstandenen Cumulation der Hg-Wirkung, oder wegen der grösseren Lästigkeit der Mundpflege nach beendigter Cur.

Jedenfalls aber beweist dieses späte Auftreten der Munderscheinungen, wie lange Zeit hindurch das Hg im Organismus seine Action ausübt. — Bei den privatim von mir behandelten Kranken sah ich nur 2 Mal eine ganz leichte Zahnfleischschwellung, während in der Hospital- und poliklinischen Praxis 15 Mal, zum Theil starke Stomatitis beobachtet wurde. Im Hospitale selbst trat dieselbe nur in ganz vereinzelten Malen auf; die Patienten kamen fast alle mit Stomatitis in die Station.

Andere Erscheinungen starker Hg-Wirkung, insbesondere Darmerscheinungen sind nie beobachtet worden.

Der gleichzeitige innerliche Gebrauch von Jodsalzen hat keinen Einfluss weder auf die Wirksamkeit der Injectionen, noch auf das etwaige Zustandekommen der störenden Abscessbildungen.

Dagegen ist reichlicher Kochsalzgenuss, sei es als Zusatz zu den Speisen, sei es direct verabreicht, von entschiedener Bedeutung, ob in therapeutischer Beziehung, lässt sich noch nicht feststellen; jedenfalls aber werden Schmerzhaftigkeit, Infiltrations- wie Abscessbildung, wie andererseits deren Resorption günstig beeinflusst.

Wenn ich zum Schluss meine Erfahrungen in ein Gesammturtheil zusammenfassen darf, so lautet es folgendermassen:

Als beste und wirksamste Cur hat nach wie vor die Inunctionscur zu gelten. Kann dieselbe aus irgend welchen, meist in den äusseren Verhältnissen des Patienten liegenden Gründen nicht gut und sicher durchgeführt werden, so ist sie am besten durch Calomel-Injectionen zu ersetzen.

Die Vorzüge überwiegen die Nachtheile entschieden, wie die der Praxis entnommenen Erfahrungen bezeugen.

Die sonst bekannten Arten der cutanen, subcutanen und internen Behandlung sind als sogenannte „Hauptcuren“ den oben genannten nicht gleichwerthig, aber doch vorzügliche und unentbehrliche Methoden bei den mannigfachen Anforderungen, welche jeder einzelne Syphilis-



fall in seinen einzelnen Phasen und zu seiner totalen Heilung an die ärztliche Wissenschaft stellt.

Bockhart (Wiesbaden): Ueber Blutserum-Quecksilber-Injectionen.

B. hat aus Blutserum nach bekannten Methoden das Serumalbumin rein dargestellt, dasselbe mit Sublimat und Kochsalz verbunden und zu Injectionen unter die Haut verwandt. Dieses Serumalbuminquecksilber ist ein sehr haltbares Präparat und macht, unter die Haut eingespritzt sehr geringe Schmerzen, geringere als alle anderen Injectionspräparate des Quecksilbers. Die therapeutischen Resultate mit diesem Präparate waren dieselben, wie die durch andere Eiweiss-Quecksilberpräparate auch erreichten; in specie dürften Recidive nach Serumalbumin-Quecksilber-Injectionen in derselben Häufigkeit vorkommen, wie nach Injectionen mit den übrigen Eiweiss-Präparaten des Quecksilbers auch. B. hält das Serumalbumin-Quecksilber für das vorzüglichste Eiweisspräparat des Quecksilbers. Bezüglich des Blutserumquecksilbers, über das B. in Nr. 5 der Monatshefte für Dermatologie berichtete, erwähnt derselbe gegenüber Neisser, dass er das von ihm selbst hergestellte Präparat als ein durchaus schmerzloses Injectionspräparat fand, selbst bei Einspritzungen desselben unter die Nates von Leuten, die während der Cur reiten mussten.

Lipp (Graz) führt an, dass die Darstellung des Blutserum-Quecksilbers nicht so einfach sei und das Produkt, selbst bei Benützung chemisch ganz reiner Substanzen nicht immer jene Beschaffenheit und jenen Grad der Klarheit besitze, welchen Bockhart nach seinen Publicationen verlangt. Mit trüben Lösungen von Blutserum-Quecksilber entstehen stärkere Irritationen und häufigere Schmerzempfindungen als Bockhart erhielt.

Uebrigens liegen noch zu wenig Erfahrungen über Darstellung und Anwendung des Mittels vor, um schon dermalen ein bestimmtes Urtheil darüber abzugeben.

Calomel-Injectionen hat der Sprecher schon vor Jahren sogleich nach ihrer Empfehlung durch Scarenzio und in neuerer Zeit häufiger in Anwendung gezogen. Er erklärt dieselbe als sehr energisch und auch nachhaltig wirkend, und besonders bei sehr hartnäckigen syphilitischen Zuständen, bei sehr resistenten Exanthemen, bei Iritis u. s. w. als empfehlenswerth.

Die kleineren Dosirungen für die einzelnen Injectionen sind vorzuziehen, etwa 0,05, höchstens 0,10 Calomel pro dosi, da grössere Depôts von Calomel unter der Haut längere Zeit brauchen, um in eine lösliche Form übergeführt und in den Kreislauf aufgenommen zu werden. Einige Injectionen mit kleinen Dosen Calomel, statt einer calomelreichen Injection zur momentanen Bekämpfung syphilitischer Erscheinungen, werden kräftigere Wirkungen hervorrufen. Das Massiren nach den Injectionen ist zweckmässig, weil das Calomel-



pulver dadurch auf eine grössere Fläche vertheilt und die baldige Resorption gefördert wird.

Das Calomelpulver wurde in gleichen Theilen Glycerin und Wasser suspendirt, in Anwendung gebracht.

Die starke Irritation nach Injectionen des Quecksilber-Harnstoffes vermag der Sprecher nicht zu bestätigen.

Finger interpellirt Neisser, ob er den Eiter der Abscesse, die auf die Calomel-Injectionen entstanden, auf Quecksilber untersuchte. Er hat noch als Assistent an der Klinik von Sigmund Calomel-Injectionen nach Scarencio vorgenommen und der Eiter der Abscesse, im Laboratorium von Ludwig untersucht, ergab stets Quecksilber nur in Spuren. Das Quecksilber scheint also rascher resorbirt zu werden. Die gute Wirkung mögen die Calomel-Injectionen deshalb haben, da sie uns in den Stand setzen, relativ grössere Mengen Quecksilber in den Organismus einzuführen, als mit den andern Injectionspräparaten. Das Zustandekommen der Stomatitis hängt ja wohl vor Allem mit der Mundpflege zusammen, auch bei der Innunctionscur kommt eine Stomatitis noch nachträglich zu Stande, wenn mit der Cur gleichzeitig auch die Sorge für Mundpflege sistirt wird.

Schuster (Aachen). In Bezug auf Formamid resp. Calomel-Injectionen betreffs der Schmerzwirkung muss ich mich gemäss meinen Erfahrungen den Ausführungen und Erfahrungen von Neisser anschliessen. Die Injectionscanüle sehe ich nur dann als gereinigt an, wenn nach Durchspritzung mit einer Carbollösung auch noch reines Olivenöl solange durchgespritzt wird, bis es rein durchgeht; denn die ersten Male geht es gewöhnlich mit einem langen schmutzigen aus der Canüle mitgenommenen Belag weg.

Nach Calomel-Injectionen sah ich zweimal in der letzten Zeit enorm grosse Infiltrate, die auf consequente Eisanwendung schwanden.

Lesser (Leipzig) hat als Suspensionsflüssigkeit für Calomel Wasser und Glycerin (6 : 4) am zweckmässigsten befunden. Die Serumquecksilber-Injectionen nach Bockhart waren stets bedeutend schmerzhafter, als die Injectionen mit Quecksilberchlornatrium- und Quecksilberformamid-Lösung.

Kopp weist auf die Verschiedenheit der Calomel-Präparate hin, welche er durch die verschiedenen Resultate in Breslau und München deutlich constatiren konnte. In Breslau waren Abscesse ausserordentlich selten. In München erhielt er viel ungünstigere Resultate. Ausserdem erscheint aber die Abscedirung mit Rücksicht auf den Heileffect nicht von grossem Belang. Wenn man nach etwa acht Tagen die etwa gebildeten Abscesse eröffnet, gehen sicher nur noch sehr geringe Mengen Quecksilbers für den therapeutischen Werth verloren.

Doutrelepont legt wenig Werth auf die Angaben über Schmerz-



haftigkeit bei den Injectionen; es hängt dieselbe viel ab sowohl von der individuell sehr verschiedenen Empfindlichkeit der Patienten. als auch von der Rücksicht, die der Arzt mit dem Patienten hat. Uebrigens kann er für die Fälle, wo er Calomel anwandte, die Angaben von Neisser nur bestätigen.

Unna theilt mit, dass er auf Anlegung eines grossen Depôts von Quecksilber für Syphilisbehandlung Werth legt und erreicht dies auf die schmerzloseste Weise vermittelst des Quecksilberpflastermulls. Für acute Zufälle der Syphilis sind die Injectionsmethoden vorzüglich, für chronischer auftretende und die Latenzperioden zieht er die Pflastermethode (neben der Injectionscur) vor.

Bockhart erwiedert auf Neisser's Entgegnung, er habe auch gefunden, dass das Formamidquecksilber heftigere Schmerzen nach Injectionen mache, wenn es sauer reagire, also verdorben sei. Gegenüber Lesser entgegnet B., dass er zur Herstellung des Blutserumquecksilbers einem in chemischen Dingen unwissenden Arzte allerdings einen gut geschulten Apotheker vorziehe, allein einem in physiologisch-chemischen Manipulationen wohl bewanderten Arzt für geeigneter halte zur Bereitung dieses Präparats als einen Apotheker.

Ferner bemerkt B., dass er zur Beseitigung grosser, indolenter Bubonen der Leistengegend mit grossem Vortheile Calomel-Injectionen anwandte. Er injicirte im Zeitraum von 5—6 Monaten 5—6 Male je 0·025 Calomel — in Wasser und Glycerin suspendirt — in jede Drüse. Nach diesem Zeitraum waren die Drüsenanschwellungen geschwunden. Bedeutendere Schmerzen oder andere Nachtheile traten nach diesen Injectionen nicht auf.

Kopp (München): Ueber die wissenschaftliche Grundlage der Lehre von den Ernährungsstörungen der Haut auf nervösem Wege (Trophoneurosen der Haut).

Seit im Verlaufe der 50er und 60er Jahre durch Romberg, Samuel u. A. die Abhängigkeit mancher Ernährungsstörungen des Hautorganes von Erkrankungen des centralen und peripheren Nervensystems behauptet wurde, wobei sich die betreffenden Forscher theils auf klinische Erfahrungen theils auf experimentelle Untersuchungen stützen konnten, hat die Frage nach den Trophoneurosen der Haut und ihrer Pathogenese das Interesse der Neuropathologen und Dermatologen andauernd und in hohem Grade rege erhalten, und ganz gewiss dürfen wir es nicht zum mindesten der Autorität Charcot's zuschreiben, dass Samuel's Lehre von den trophischen Nerven von der Mehrzahl der Kliniker adoptirt wurde; denn gerade Charcot war es, der in seinen bekannten Vorlesungen das gesammte bis dahin vorliegende experimentelle Material im Zusammenhang prüfte und auf reichliche Erfahrungen gestützt mit Wärme für die Existenz trophischer Fasern eintrat, und viele seiner Schüler in diesem Sinne



zu neuen Arbeiten anregte. Wenn wir aber die seit dieser Zeit ausserordentlich umfangreich gewordene Literatur zu Rathe ziehen, finden wir, dass es wesentlich klinisch Thatsachen sind, welche eine Deutung in gedachtem Sinne gefunden haben; dass allerdings auch zahlreiche pathologisch-anatomische Befunde den Zusammenhang zwischen Erkrankungen des Nervensystems und Ernährungsstörungen der Haut im Allgemeinen sehr plausibel erscheinen lassen, aber wir werden gestehen müssen, dass die physiologisch-experimentelle Begründung und der normal-anatomische Nachweis der trophischen Fasern bis zur Stunde noch aussteht; und es scheint mir daher nicht unzweckmässig die Frage nach der Pathogenese der Trophoneurosen der Haut einer erneuten Prüfung zu unterziehen, und zuzusehen, ob wir in der Lage sind, die bei dem heutigen Stande unseres Wissens gewiss berechtigte Skepsis der Physiologen gegenüber den trophischen Nerven zu besiegen, oder, ob wir genöthigt sind, einen andern erklärenden Mechanismus für die Deutung der hier in Frage kommenden pathologischen Phänomene heranzuziehen.

Kann man nur überhaupt erwarten, mittelst der bekannten neurophysiologischen Methoden, durch Nervendurchschneidung und durch Nervenreizung, durch Reizung oder Ausschaltung bestimmter Partien des centralen Nervensystems zu einer befriedigenden Lösung des gegebenen Problems zu gelangen? Ich glaube diese Frage durchaus verneinen zu müssen, da unsere gegenwärtige Technik nicht genügt, bei den Reizungs- oder Lähmungs-Versuchen, welche wir an bestimmten Nerven, oder centralen Partien, denen wir aus pathologisch-klinischen Gründen etwa trophische Functionen zuschreiben möchten, anstellen, reine Versuchsergebnisse zu erzielen, indem stets motorische, sensible und vasomotorische Bahnen in sehr wechselnden Combinationsverhältnissen mitbetroffen werden, wodurch der trophische Schlusseffect ausserordentlich schwierig gedeutet werden kann; denn einerseits begünstigt zweifellos die Lähmung der Motilität und Sensibilität das Zustandekommen äusserer Verletzungen, andererseits ist es sehr wahrscheinlich, dass durch länger andauernde Innervationsstörungen vasomotorischer Natur die Widerstandsfähigkeit der verschiedenen Gewebe wesentlich beeinflusst wird. Auch die normale Histologie gibt uns wenig verwerthbare Aufschlüsse über die Existenz trophischer, specifischer Fasern. Man glaubte zwar eine Zeit lang in den von Pflüger und Haidenhain gefundenen, in das Innere der Drüsenzellen eingehenden Nervenfasern der Speicheldrüse, welche man als secretorische Fasern bezeichnet hat, das Prototyp trophischer Nervenfasern sehen zu dürfen, und die von Langerhans, Potpokaew, Pfitzner, Unna und Anderen ins Reteepithel und sogar bis ins Innere der Retezellen verfolgten feinsten Nervenendigungen, welche indess keineswegs allgemein acceptirt wurden, bieten sich einer ähnlichen Deutung dar; aber die Secretionsnerven der Drüsen haben nach den neueren Untersuchungen Stricker's eine eminent motorische



Leistung (Contraction der Zellhülle und Auspressung des Inhaltes) zu erfüllen, so dass von einer ausschliesslich und specifisch-trophischen Wirkung, worunter ich Umsetzungen chemischer Art im Zelleninhalt verstehe, nicht mehr die Rede sein kann, sondern höchstens von einer gemischten motorisch-trophischen Thätigkeit dieser Nervenendigungen. Und wenn selbst die zuletzt von Unna beschriebenen Nervenendigungen bestätigt werden sollten (bei meinen persönlichen Untersuchungen habe ich, wenn auch mit einer anderen Methode ähnliche Bilder wie Unna gefunden), so dürften doch diese noch problematischen Nervenendigungen wahrscheinlich gleichzeitig sensibler Natur sein, da man annehmen darf, dass die verschiedenen Empfindungsqualitäten, welche von der Haut mit dem Centrum vermittelt werden, durch verschiedene Endapparate percipirt werden. Ich kann an dieser Stelle auf die übrigen Gründe, welche für die Existenz specifisch-trophischer Fasern beigebracht zu werden pflegen, nicht näher eingehen, glaube jedoch kaum wesentliche Einwände befürchten zu müssen, wenn ich mich der Ansicht Stricker's anschliesse, dass bis jetzt der Nachweis der „trophischen Nerven" keineswegs als gelungen betrachtet werden kann.

In besserem Einklang mit unseren pathologisch-klinischen Erfahrungen und durch anatomische Befunde wirksamer unterstützt, erscheint die Annahme, dass der wie es scheint nicht zu bezweifelnde Einfluss des Centralnervensystems auf die Ernährung der verschiedenen Gewebe durch functionelle, häufig auch anatomisch nachweisbare Alteration der supponirten trophischen Centren, sowie der der Vermittelung des trophischen Einflusses dienenden Bahnen, welche man zwanglos in die bekannten Nervenkategorien verlegen kann, Abweichungen von der Norm erleidet, welche je nach den qualitativ in weiten Grenzen variablen Läsionen des Nervensystems zu Ernährungsstörungen verschiedener Art führen können, welche man als neurotische Atrophien, Hypertrophien und Distrophien zu bezeichnen pflegt. Ueber die Localisation der trophischen Centren ist allerdings bis jetzt nur wenig sicheres bekannt. Für den Bewegungsapparat, und insbesondere für die quergestreiften Muskeln scheinen dieselben in den Vorderhörnern der grauen Substanz des Rückenmarks (in den Stilling'schen Kernen) zu liegen, während für die Haut nur ganz allgemein die hinteren Wurzeln als Ausgangspunkt trophisch-nervöser Einflüsse angesprochen werden können, ohne dass wir in der Lage wären, bestimmte Ganglienzellen und Ganglienzellgruppen als trophische Centren des Hautorganes bezeichnen zu dürfen. Bei den ausserordentlichen Schwierigkeiten, welche sich in technischer Beziehung der experimentellen Forschung auf diesem Gebiete entgegenstellen, wird, wie ich glaube, nur durch die pathologisch-anatomische Untersuchung des Centralnervensystems in solchen Fällen, in denen wir es mit reinen Trophoneurosen zu thun haben, weitere Aufklärung zu bringen im Stande sein; als reine Trophoneurosen



möchte ich aber diejenigen bezeichnet wissen, in denen entweder keine Complicationen von Seiten der sensiblen, motorischen und vasomotorischen Sphäre vorhanden, oder wenigstens mit Rücksicht auf ihre Intensität von untergeordneter Bedeutung sind. Möglich, dass auch die Untersuchung des Sympathicus in manchen Fällen zu positiven Resultaten führen wird; doch kann ich mich im Hinblicke auf die von Klinikern und Physiologen häufig genug beklagte Dunkelheit, welche zur Zeit noch über die normale Anatomie und Physiologie des sympathischen Nervensystems herrscht, mit der Ansicht Schwimmer's, dass die trophischen Nerven und trophische Centren vorwiegend im sympathischen System zu suchen seien, wenig befreunden. Jedenfalls muss bemerkt werden, dass bis jetzt ein stricter Beweis dafür, dass im Sympathicus selbstständige, bestimmten Functionen dienende Ganglienzellen vorhanden sind, noch aussteht; andererseits kann nicht in Abrede gestellt werden, dass im Sympathicus secretorische, also auch in gewissem Sinne trophische Fasern verlaufen, und wenn die von Brenner und A. behauptete Innervation der endothelialen Gefässintima und insbesondere der Capillaren Bestätigung finden sollte, wäre es vielleicht erlaubt, an einen trophischen nervösen Einfluss der Vasomotoren auf die Ernährung der Gefässwandungen zu denken, wobei hier nur ganz beiläufig an die Bedeutung der Gefässwandalteration für die Entzündung zu erinnern wäre.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung wird sich aber gegebenen Falles nicht nur auf das centrale Nervensystem zu erstrekken haben, sondern darf auch die peripheren Nerven keineswegs unberücksichtigt lassen, zumal da die in jüngster Zeit von Leloir, Déjérine, Chabrier und A. angestellten Untersuchungen bei einer ganzen Reihe von Dermatosen, von denen ich hier als besonders wichtig die Ichthyosis, die Vitiligo, manche Fälle von Pemphigus und andere Formen vesiculöser Dermatitis bezeichnen möchte, eine periphere parenchymatöse Neuritis, d. h. einen degenerativen Vorgang in den peripheren Nerven mit Zerfall des Marks, Kernvermehrung in den Schwann'schen Scheiden und Schwund der Axencylinder, mit grosser Wahrscheinlichkeit als Ursache der Hautaffection erscheinen lassen. Diese Befunde der französischen Autoren haben allerdings durch eine Arbeit S. Mayer's, welcher einen continuirlichen Wechsel zwischen Regeneration und Degeneration in den peripheren Nerven als Norm hinstellt, einen Theil ihres Werthes vorläufig eingebüsst, und es wird sich jetzt darum fragen, ob die Intensität der bei den erwähnten Dermatosen gefundenen degenerativen Processe etwa noch in den Rahmen der normal-physiologischen Degeneration und Regeneration mit einbezogen werden muss, das heisst es ist nicht nur eine Nachuntersuchung der S. Mayer'schen und Leloir'schen Befunde wünschenswerth, sondern auch eine vergleichende Zusammenstellung der in beiden Fällen sich ergebenden Resultate; da ich in dieser Richtung persönlich gearbeitet habe, werde ich mir sogleich

gestatten, Ihnen über die bei meinen Untersuchungen angewandten Methoden und über meine Ergebnisse zu berichten.

Nachdem ich mich sehr bald aus den bereits früher erwähnten Gründen überzeugt hatte, dass auf experimentell-physiologischem Wege zur Klärung der uns beschäftigenden Frage kaum, wenigstens bei dem gegenwärtigen Stande unserer Technik, wesentlich neue Thatsachen gewonnen werden könnten, und da ich zu pathologisch-anatomischen Studien an frischem Leichenmaterial z. Z. wenig Gelegenheit hatte, glaubte ich zunächst, auf dem Gebiete der normalen Histologie bleiben zu sollen, und ich begann mit dem Studium der feineren Innervationsverhältnisse der Haut, indem ich von der Voraussetzung geleitet wurde, dass ein directer trophischer Einfluss des Nervensystems auf die Haut nur dann möglich ist, wenn die das Hautorgan zusammensetzenden Gewebselemente sich gänzlich oder doch theilweise einer specifischen Innervation erfreuen. In dieser Absicht fasste ich zunächst die schon von A. mehrfach studirte Innervation der Retezellen ins Auge, und es gelang mir nach vielen vergeblichen Versuchen, mittelst einer sehr einfachen Methode (Härtung der zur Untersuchung verwandten Hautstückchen in Müller-scher Flüssigkeit, und 24stündige Färbung der Schnitte in einer schwachen Indulinlösung) Bilder zu erhalten, welche den von Unna mit Ueberosmiumsäure gewonnenen sehr ähnlich waren, indem ich aus den interspinalen Räumen zwei von verschiedenen Seiten kommende feine Fädchen in das Innere der Zellen eindringen und dieselben auf oder im Zellkerne mit knopfförmigen Anschwellungen, welche vielleicht mit Kernkörperchen identisch sein mochten, enden fand.

Doch muss ich dazu bemerken, dass Zellen, in deren Inneres zwei Fädchen eindrangen, nur sehr spärlich vorhanden waren, häufiger sah man nur ein Fädchen, in der überwiegenden Mehrzahl sah ich nur Gebilde, welche man vielleicht als Rudimente solcher Fäden betrachten kann, oder die Retezellen waren gänzlich frei von solchen vielleicht als Nervenendigungen auszusprechenden Fäden. Zur Zeit kann ich ein definitives Urtheil über diese Gebilde noch nicht abgeben, umsoweniger als ich einen directen Zusammenhang intraspinaler Fasern mit den in dem Corium verlaufenden Nervenfasern nie zu erweisen in der Lage war, und ich sehe mich genöthigt das Resultat fortgesetzter Untersuchungen abzuwarten, doch scheint es mir vorläufig nicht unwahrscheinlich, dass wir es hier mit intracellulären Nervenendigungen zu thun haben. In gleichem Sinne haben sich bekanntlich Pfitzner, Unna u. A. ausgesprochen. Bestärkt wurde ich in dieser Ansicht durch die mikroskopische Untersuchung eines Hautstückchens von einem Falle von Herpes zoster, bei welchem ich Veränderungen der Retezellen (hydropische Schwellung, Schwund des Kerns, Vacuolenbildung) auch an solchen Stellen fand, wo das Corium völlig frei von Entzündungserscheinungen war. Wenn wir jetzt noch die Analogie der in das Innere mancher Drüsenzellen eindrin-

genden feinsten Nervenfasern heranziehen, wobei es sich ja auch um eine directe Innervation epithelialer Gewebselemente handelt, so erscheint die Annahme eines die Ernährung der Reteepithelien regulirenden, durch directe Innervation vermittelnden Einflusses um so plausibler, als die vorerwähnten Untersuchungen von Leloir, Déjérine u. A. gerade bei solchen Hautaffectionen, deren Ausgangspunkt nach unseren gegenwärtigen Erfahrungen ins Rete Malpighii verlegt werden muss, Läsionen in den cutanen Nervenverzweigungen dargethan haben. Da indess nach S. Mayer auch normaler Weise in den peripheren Nerven Degenerations- und Regenerationsvorgänge nachzuweisen sind, untersuchte ich in 16 Fällen von ganz frischen an acuten Krankheiten gestorbenen Individuen und an amputirten Gliedern die Hautnerven theils mit der Osmium-Picrocarmin-Methode Leloir's theils in Salzlösung nach S. Mayer und kam dabei zu folgendem Resultate:

Degenerirte oder in Degeneration befindliche Nervenfasern fanden sich in allen Präparaten, spärlicher bei jugendlichen Individuen, als bei Erwachsenen; die Degenerationsvorgänge waren am entschiedensten ausgesprochen bei den Hautnerven solcher Individuen, welche der arbeitenden Classe angehörten und an deren Extremitäten Deformationen, Schwielenbildung, Clavi und ähnliche Anomalien vorkamen. Doch wurden in keinem Falle die von Leloir u. A. bei Vitiligo, Ichthyosis, Pemphigus angegebenen Degenerations-Verhältnisswerthe erreicht, so dass die Ansicht dieser Autoren, dass die von ihnen gefundenen Läsionen in den peripheren Nerven in einem directen Zusammenhang mit den entsprechenden Dermatosen stehen, durch meine Untersuchungen wesentlich unterstützt erscheint. Dabei will ich beiläufig bemerken, dass die Untersuchung in Salzlösung (0·5%) mir exactere Resultate zu geben schien, als die Osmium-Picrocarminbehandlung, indem ich bei der Vergleichung je zweier einem Individuum entstammender und demselben Nervenästchen entnommener Präparate, bei Salzwasserbehandlung nahezu immer mehr degenerirte Fasern fand, als bei der anderen Methode.

Meine Bemühungen, in den endothelialen Capillargefässwandungen, sowie in der Intima der kleinen Arterien und Venen, Nervenendigungen aufzufinden, sind bis jetzt leider ohne Erfolg gewesen. Da indess zahlreiche Gründe für eine Abhängigkeit der Gefässwandernährung von nervösen Einflüssen sprechen und andererseits positive Befunde von Seiten Unna's und Brenner's behauptet worden sind, scheint es mir besonders mit Rücksicht auf die grosse Bedeutung, welche der Gefässwandalteration ziemlich allgemein für die Entzündung beigelegt wird, sehr wünschenswerth in der erwähnten Richtung weiter zu forschen, da wir für die Aufhellung der Pathogenese mancher bis jetzt noch völlig dunkler Krankheitsvorgänge zweifellos wesentlich gefördert würden, wenn es gelänge, eine specifische Innervation der Endothelien normaliter zu erweisen.



Bei dem grossen Interesse, welches die Trophoneurosenfrage seit Samuel sowohl für die allgemeine Pathologie als auch besonders für die Dermatopathologie besitzt, glaubte ich Ihnen von den bescheidenen Resultaten meiner Studien Mittheilung machen zu dürfen. Ich war bei der Wahl meines Themas wesentlich von dem Wunsche geleitet, zu einer Discussion über die Mittel und Wege, durch welche eine Förderung unserer Kenntnisse über den Zusammenhang zwischen Erkrankungen des Nervensystems und Ernährungsstörungen des Hautorganes angestrebt werden kann, anzuregen, und möchte zum Schlusse nochmals betonen, dass nach meiner persönlichen Ueberzeugung der experimentell-physiologische Weg vorläufig zu eindeutigen Resultaten nicht zu führen verspricht; dass die pathologische Untersuchung des centralen und peripheren Nervensystems, namentlich in Fällen reiner uncomplicirter Trophoneurosen niemals versäumt werden sollte, wenn irgend Gelegenheit dazu gegeben ist, und dass vielleicht auch von der normalen Histologie mannigfache Unterstützung zur Klärung der noch dunklen Ernährungsverhältnisse der Zellindividuen geschafft werden darf.

Unna demonstrirt anhangsweise die Originalphotogramme der von ihm dargestellten Nervenenden der Stachelzellen.

Schuster (Aachen): **Die Mercurseife.**

Im Jahre 1882 berichtete ich im ersten Hefte der Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis über eine harte Mercurnatronseife, welche ich in der Charcot'schen Poliklinik der Salpetrière gesehen hatte. Da bei der Anwendung dieser Seife, wie die Harnuntersuchungen ergaben, Mercur in den Organismus überging, ähnlich wie bei der alten Mercursalbe, so glaubte ich betreffs Feststellung ihres therapeutischen Werthes zu Versuchen mit dieser Natronmercurseife an den syphilitischen Kliniken auffordern zu sollen. Für die Privatpraxis konnte vorab diese Mercurseife der grauen Salbe gegenüber nicht Stand halten, weil behufs eines ergiebigen Heileffectes die Einreibungszeit eine mindestens ebenso lange Dauer beanspruchte, wie die graue Salbe. Noch ehe man Seitens der Kliniken ein Urtheil über die Natronmercurseife hätte abwarten können, erschien in demselben Jahre in derselben Vierteljahresschrift die Arbeit Oberländer's über seine weiche Mercurkaliseife. Nach dessen Angaben waren deren Vortheile gegenüber dem Unguentum hydrargyri cinereum so grosse, dass ich mich veranlasst sah, dieselbe sofort zur Anwendung zu bringen. Ein besonderer Vortheil der Oberländer'schen weichen Mercurseife sollte darin liegen, dass sie, wie Oberländer angab, sich ebenso vollständig innerhalb 2 bis 4 Minuten verreiben lasse, wie die graue Salbe innerhalb 10 bis 20 Minuten; ferner konnte man sich der Auffassung Oberländer's anschliessen, dass die in dem Präparate enthaltene Kaliseife als solche auch einen therapeutischen



Werth entfalten könne. Waren doch Kaphengst'sche Empfehlungen der Kaliseife zur Behandlung der Scrophulose und ihrer Drüsenschwellungen von verschiedenen bewährten Seiten bestätigt worden. Die Vorstellung, dass in der weichen Mercurseife demnach die Seife neben dem Mercur bei der Behandlung der Syphilis als therapeutisch mitwirkend in Frage kommen könnte, war daher berechtigt.

Ich gab deshalb der Neunert- (Wing'schen) Apotheke den Auftrag, mir eine neutrale Mercurseife nach Oberländer's Vorschrift zu bereiten. Hienach wird Oleum olivarum provinciale und Kali causticum zu einer im chemischen Sinne völlig neutralen Seife verarbeitet, diese wird dann unter Mithilfe von etwas Glycerin mit Mercur zur weichen Salbe verrieben.

Oberländer nahm das Verhältniss von Mercur zur Seife wie 1 : 3, während in dem officinellen Unguentum hydrargyri cinereum das Verhältniss von Mercur zum Constituens wie 1 : 2 ist.

Ich glaubte aber, um einen sicheren Vergleich in der Wirkung der Quecksilberseife und Salbe zu erhalten, sei es nöthig, den Mercurgehalt der Seife von derselben Stärke wie bei der Salbe zu verlangen. Die ersten Versuche der Bereitung einer solchen Seife misslangen. Ich muss nun hier bereits hervorheben, dass die Bereitungsweise einer brauchbaren weichen neutralen Mercurseife sowohl im Verhältniss von 1 : 2, aber auch in dem von 1 : 3 keine leichte Sache ist.

Man erhält meist ein scheinbar der grauen Salbe gleichwerthiges Präparat; beginnt man aber dasselbe zu verreiben, und gibt sich die Mühe, die verriebene Masse mit der Lupe zu betrachten, so entdeckt man gar häufig bald, dass das Quecksilber sich in feinen Metallkügelchen sowohl an der verriebenen, als wie auch an der zu verreibenden Fläche ausgesondert hat. Dass ein solches Präparat zum Einreiben nicht geeignet ist, bedarf wohl keiner weiteren Ausführung. Es wird sogar insofern nachtheilig wirken, als die Kügelchen in die Kleider, in das Zimmer verrollen und durch leichtere Verdunstung dann eingeathmet werden können. Diese Kügelchen entdeckt aber auch oft das nicht bewaffnete Auge. Ich habe hier eine vergleichsweise aus der Dresdener Löwenapotheke durch die hiesige (Aachener) Löwenapotheke bezogene sogenannte untadelhafte Mercurseife im Verhältnisse von 1 : 2; sie ist etwas dunkler als die in Aachen bereitete, hat einen Kaliseifengeruch und zeigte, sofort nach ihrer Ankunft geprüft, dass die Hand, welche einrieb, sehr bald von Quecksilbermetallkügelchen wie besät war; dasselbe Bild bot die eingeriebene Fläche, mit der Lupe betrachtet, dar.

Nach wiederholten Versuchen gelang es der Neunert- (Wingschen) Apotheke, und bald auch der Sommer'schen Löwenapotheke in Aachen, eine mich befriedigende neutrale, schöne, weiche, graue Mercurseife herzustellen, deren Farbe heller stahlblau erscheint, als

das des Unguentum hydrargyri cinereum, die sich mit Hilfe von wenig Wasser gut verreiben lässt.

In Folgendem gebe ich die von beiden Apotheken geübten Verfahren zur Bereitung der weichen Mercurseife an.

Die Neunert- (Wing'sche) Apotheke verfährt folgendermassen:

200 Theile Schmalz werden mit 100 Theilen Liq. kali caustici (ponderis specifici 1·33) lege artis verseift und zuletzt noch 50 Theile Wasser zugesetzt. Dann nimmt man 200 Gramm (resp. 1 Theil) Quecksilber, verreibt dieses aufs sorgfältigste mit 100 Gramm (resp. 0·5 Theil) Schmalz unter Zusatz von etwas Chloroform, welches die Vertheilung befördert und allmählich sich vollständig verflüssigt. Ist dieses geschehen, so setzt man von obiger Seife 300 Gramm (resp. 1·5 Theil) langsam zu, mischt aufs beste, so dass die Stärke der fertigen Seife gleich ist der des Unguentum hydrargyri Pharm. Germaniae; aber auch ihre Consistenz soll dieselbe sein. Die Seife muss möglichst neutral sein und darf wie bereits hervorgehoben, beim Verreiben unter der Lupe keine Quecksilberkügelchen erkennen lassen.

Die Sommer'sche Löwenapotheke in Aachen bereitet die weiche Mercurseife nach folgender Vorschrift: Es wird zunächst eine graue Salbe aus Hydrargyrum und Adeps zu gleichen Theilen lege artis bereitet, resp. eine solche bereits vorbereitete mit einem Theile Sapo kalinus albus verrieben, also:

Rp. Hydrargyri, adipis, Sapon. kalin. albi āā partem unam;
leni calore adde:
Liquoris kali hydrici quantum suff. usque ad saponificat. perfectam;
sit neutrale.

Um bei dieser Bereitungsweise das Ausscheiden des Quecksilbers in feinen Kügelchen zu vermeiden, muss beim Erwärmen besonders aufgepasst werden; es soll nur eben erwärmt werden.

Die weiche Quecksilberseife verreibt sich sehr leicht; man streicht sie ohne Zusatz von Wasser auf den einzureibenden Körpertheil; sehr bald erscheint sie wie verrieben und wird trocken; man muss dann die Finger nur eben in Wasser tauchen, um die Seifensalbe in schöner Weise weiter verreiben zu können. Ich konnte mich aber nicht entschliessen, mich, wie Oberländer will, mit einer Einreibezeit von 2—4 Minuten zu begnügen. Allerdings erscheint in dieser kurzen Zeit die eingeriebene Seife wie verschwunden; lässt man dann aber unter Zuhilfenahme von etwas Wasser wieder verreiben, so kommt die graue Färbung wieder in intensiverer Weise zum Vorschein und das sieht man während 10—15 Minuten lang. Innerhalb dieser Zeit ist die weiche Mercurseife gut eingerieben; es liegt bei weitem nicht der graue Schmutz auf der eingeriebenen Hautstelle, der bei dem Unguentum cinereum auch bei 20 Minuten langem Reiben zurückbleibt; dementsprechend werden auch die Unterkleider lange nicht in dem



Masse beschmutzt, wie dies bei dem Unguentum cinereum der Fall ist. Man sieht aber noch den folgenden Tag mittelst der Lupe feine graue Massen der weichen Mercurseife in den feinen Linien und Furchen der Haut lagern, als Zeichen, dass die weiche Mercurseife nicht abbröckelt, wie dies der Natronseife eigen ist. Stark behaarte Theile eignen sich nicht besonders für die weiche Mercurseife, da die Haare von derselben viel zurückbehalten.

Eine gut bereitete, neutrale weiche Mercurseife macht viel seltener Mercureczem als das Unguentum hydr. cinereum.

Es bleibt nun noch die wichtigste Frage zu erörtern, nämlich die nach der Wirkung auf den Organismus, respective auf den syphilitischen Process im Vergleich zu dem Unguentum hydrargyri cinereum.

Meine Erfahrung geht nun dahin, dass die weiche Sapo mercurialis von demselben Mercurgehalt und in derselben Menge des Unguentum hydr. cinereum bei 10—15 Minuten langer Einreibung stärkere Quecksilberwirkung entfaltet, als das Unguentum cinereum bei 20 Minuten langer Einreibung. Diese Anschauung gründet sich darauf, dass bei der Sapo mercurialis der Eintritt von Zahnfleisch- und Munderkrankung häufiger und rascher eintritt, als bei der Anwendung des Unguentum cinereum; auch finde ich das Auftreten von Mercurdiarrhöe häufiger auf sapo mercurialis. Es bedarf ja kaum der Andeutung, dass es Individuen gibt, welche Mercureinreibungen sehr gut ertragen, ohne seitens des Mundes oder Darmes Störungen aufzuweisen. Ich erinnere mich eines Kranken, der mir den bestimmten Auftrag von seinem Arzte, einem bewährten Syphilidologen, schriftlich überbrachte, die mercurielle Behandlung nicht eher einzustellen, als bis ausgesprochener Ptyalismus eingetreten sei. Ich mühte mich vergebens mit 45 starken Inunctionen von Unguentum cinereum ab; auch vermochte ich nicht durch gleichzeitig wiederholt vorgenommene Injectionen von Cyanquecksilber mercurielle Mundaffection zu erzielen und musste schliesslich die Cur einstellen, ohne dass ich der gestellten Anforderung hätte Genüge leisten können. Dabei ergab die Untersuchung der Fäces einen grossen Quecksilbergehalt. Eine ähnliche Erträglichkeit individueller Art findet sich auch öfter gegen die Sapo mercurialis; dennoch findet man dann immer bei der Untersuchung der Fäces auf Quecksilber einen schönen breiten Jodquecksilberring als Nachweis des Aufgenommenseins des Quecksilbers. Betreffs des Nachweises des Quecksilbers in den Ausscheidungen des Organismus ziehe ich auch jetzt noch die Untersuchung der Fäces der des Harnes vor. Obzwar ich in einer Mittheilung an den Verein für innere Medicin zu Berlin unterm 21. März 1884 (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 18, 1884) den Nachweis geliefert habe, dass da, wo Quecksilber in den Fäces gefunden wird, es auch im Harne vorhanden sein resp. meist gefunden werden müsse, dass die Ausscheidung des Quecksilbers gleichzeitig durch Nieren und Darm stattfinde — ein Nachweis, der



durch die später veröffentlichten Nega'schen Untersuchungen bestätigt wurde — so ziehe ich dennoch die Untersuchung der Fäces zum Auffinden des Quecksilbers als viel weniger zeitraubend und besonders als viel sicherer der Untersuchung durch den Harn vor. Letzterer ist, wie ich auf Grund mehrerer hundert Untersuchungen auf Quecksilber, die ich durch einen bewährten Chemiker habe machen lassen, behaupten muss, wahrscheinlich in Folge der vielen Harnsalze, die immer wieder in Lösung gehen, zum Nachweise des Quecksilbers nicht so geeignet, wie die Fäces.

Den Fällen von langer Erträglichkeit der Quecksilberseifen-Einreibungen stehen aber mehr Fälle gegenüber, bei denen verhältnissmässig früh sich Zahnfleischschwellung und Ablösung desselben zeigte, oder aber auch die bekannten Darmerscheinungen, welche beide Symptome man dann doch als sichere Zeichen des aufgenommenen Quecksilbers ansehen muss.

Ich erwähne aus vielen nur einige Fälle:

Den 30. August 1884. — Si . . . nach 6 Einreibungen von Sapo mercurialis Zahnfleischschwellung, Durchfall, Kolik.

Den 7. September 1884. — Derselbe nach weiteren 5 Einreibungen Ptyalismus.

Den 13. September 1884. — Da . . . nach 9 Einreibungen heftiger Durchfall und Ptyalismus.

Schre . . . nach 6 Einreibungen Zahnfleischschwellung aber auch Erweichung des grossen harten Hodentumors.

Dürk . . . nach 7 Einreibungen Zahnfleischschwellung.

Mattosch . . . nach 9 Einreibungen dickes, schmerzendes Zahnfleisch.

Grek . . . nach 12 Einreibungen schwere Mundaffection.

Es würde zu weit führen, die Fälle alle anzuführen, in denen sich verhältnissmässig früh nach den Quecksilberseifen-Einreibungen Quecksilber-Intoxicationserscheinungen zeigten; bei vielen derselben wurden die Fäces untersucht und dann jedesmal ein schöner Jodquecksilberring nachgewiesen, so dass die vorhandene Mundaffection nicht von etwaiger äusserlicher Einwirkung des Quecksilbers auf den Mund abhing. Durchschnittlich zeigte sich bei einer Einreibungsmenge von 4—5 Gramm Mercur-Quecksilbersalbe schon bei der 11. Einreibung starke Zahnfleischaffection. Nach der Anwendung der grauen Quecksilbersalbe zeigte sich mir bei denselben hygienischen Verhältnissen die Quecksilber-Mundaffection resp. der Mercurialismus nicht so häufig und so bald, wie nach der Quecksilberseife. Ich muss in Folge dessen den Schluss ziehen, dass die weiche Mercurseife im Verhältnisse von 1 : 2 mächtiger auf den Organismus einwirkt trotz kürzerer Dauer der Anwendung, als die Mercursalbe.

In Bezug auf die therapeutische Einwirkung kann ich nur im Allgemeinen die Erklärung abgeben, dass dieselbe eine sehr befrie-



digende und mindestens gleichwerthige mit der des Unguentum cinereum ist, ich möchte aber glauben, dass sie eine grössere ist.

Die Mercurseife hat den Vortheil, dass sie sich rascher verreiben lässt als die Salbe, dass sie nicht so sehr schmutzt wie die graue Salbe, dass sie — vielleicht wegen der verhältnissmässig kürzeren Dauer des Einreibens — viel seltener Mercureczem macht, als das Unguentum cinereum, dass man sie in geringerer Menge behufs derselben Wirkung anzuwenden braucht, als die graue Salbe, wenn man sie in demselben Stärkeverhältniss wie diese anwendet, dass der Uebergang des Quecksilbers aus der Mercurseife in den Organismus ein sehr sicherer und reichlicher ist, dass sie demnach zur Behandlung des syphilitischen Processes, resp. überall da wo eine Quecksilberbehandlung angezeigt ist, ganz besonders geeignet ist, dass sie aber in Bezug auf ihre Güte sowie ihre Neutralität vom Arzte controlirt werden muss.

Hierauf folgt eine Discussion, an welcher sich die Herren Nega, Boekhart und Unna betheiligen.

Im Verlauf derselben vertheidigt sich Schuster gegen den von Nega erhobenen Vorwurf, dass er in den einzelnen Fällen zu wenig Analysen, in vielen Fällen aber nur eine Untersuchung vorgenommen hätte, wodurch das relative Verhältniss der negativen und positiven Fälle wesentlich beeinflusst worden wäre. Nach Nega's Meinung würde bei mehrmaliger Untersuchung die Zahl der Fälle, wo im Verlauf einer Quecksilberbehandlung kein Quecksilber im Harn gefunden worden wäre, eine weit geringere gewesen sein, wie diess nach Schuster's Angaben der Fall ist. Auf diesen Einwand erwiedert Schuster mit Hinweis auf die Kostspieligkeit der Analysen, welche er der Sicherheit halber durch einen Chemiker ausführen lässt und welche bei der von demselben neuerdings angewandten S H-Methode sehr viel Zeit in Anspruch nehmen, dass aber dennoch bei einzelnen Kranken eine Reihe von Harnanalysen vorgenommen worden sei.

Hierauf spricht er von den durch das Vorhandensein organischer Stoffe bedingten Schwierigkeiten der Harnuntersuchung. Der Harn ist eine ganz besondere Flüssigkeit.

Ferner gibt Schuster an, dass er in vielen Fällen, wo der Harn kein Quecksilber enthalten hat, im Koth noch Quecksilber gefunden habe. Nach seiner Ansicht sind Kothanalysen der einzige sichere Weg, die Quecksilberausscheidung nachzuweisen.

Im Harn hat er auch bei Anwendung der neuen verbesserten Methode oft Schwierigkeiten das Quecksilber nachzuweisen, deshalb empfiehlt er dringend die Kothanalysen.

Nega erwähnt kurz die mit der Mercurseife an der Strassburger Klinik erzielten Resultate, worüber an geeignetem Orte zu lesen ist.

Nega hat nur wenig Kothanalysen gemacht, da die von ihm verwendeten und in einigen Details, z. B. dem Jodirungsverfahren,



modificirte Ludwig-Fürbringer'sche Methode der Harnuntersuchungen in den von ihm untersuchten Fällen von Schmiercuren etc. fast constant positive Resultate ergab. Nega hat keinen Fall beobachtet, wo während einer Schmiercur mit Anwendung von Tagesmengen von 1·5 Gramm Hg bei mehrmaliger Untersuchung der Nachweis des Hg im Harn nicht gelungen sei. Da es sich in seinen wie in Schuster's Fällen nur um den quantitativen Nachweis, um die Beantwortung der Frage, ob überhaupt Hg ausgeschieden werde, handelte, so schien es ihm überflüssig, nachdem dieser positive Nachweis durch die Harnuntersuchung schon geliefert war, noch den Koth zu untersuchen. Er hebt aber hervor, dass er nie so schöne grosse Quecksilberjoditringe erhalten habe, wie deren Schuster ihnen gezeigt habe, dass die von ihm erhaltenen Mengen nur immer geringe gewesen seien.

Nega empfiehlt daher Schuster das Ludwig-Fürbringer'sche Verfahren in der von ihm selbst angewendeten und von Fürbringer selbst als zweckmässig anerkannten Modification, welche so einfach und leicht ausführbar ist, dass selbst Jemand, der nicht die moderne Ausbildung in den Laboratorien genossen hat, sie mit Leichtigkeit erlernen kann, dann wäre Schuster nicht genöthigt, die Hilfe eines Chemikers in Anspruch zu nehmen und könnte die Analysen billiger haben.

Bockhart theilt mit, dass er mit dem Fürbringer'schen Verfahren für die Harnuntersuchung immer sehr gut ausgekommen sei.

Schuster: Auf die an mich gestellte Anfrage des Herrn Nega, warum ich nicht selber die Harn- und Fäcalanalysen auf Quecksilber durchführe, erwiedere ich, dass der praktische Arzt dazu die Zeit und das Laboratorium nicht zur Verfügung hat. Auch halte ich es für die Sicherheit des Resultates für weit sicherer, die Analyse einem bewährten Chemiker von Fach zu überlassen. Ich bin dann der Resultate durchaus sicher.

Unna bestätigt die günstigen Resultate, welche bei Syphilis mit Quecksilberseife erzielt werden, eine Methode, welche derselbe bereits seit fast 2 Jahren übt. Er benutzt aber eine überfettete Kaliseifensalbe.

Lang (Innsbruck): Ichthyose mit Verkürzung der Haut. *)

Die von mir beobachteten Fälle von „Ichthyosis mit bedeutender Verkürzung der Haut" sind geeignet, den Uebergang der congenitalen Ichthyosis in die gewöhnliche zu vermitteln, also eine Lücke in den klinischen Bildern dieser beiden Krankheitsformen auszufüllen.

Es handelt sich hier um ein Geschwisterpaar, das ich auch photographiren liess.

*) Da der Verf. verhindert war, persönlich zu erscheinen, wurde der von ihm eingesendete Vortrag verlesen.



Die Eltern und Anverwandten waren stets gesund und sind speciell Hautkrankheiten in der Familie nicht vorgekommen. Die Mutter zählte 29, der Vater 42 Jahre. Der Ehe entsprossen zwei Kinder, beide mit der uns beschäftigenden Krankheit behaftet.

Das ältere Kind, ein Mädchen, kam in der 39. Woche zur Welt und erschien vollkommen gesund. In der dritten Lebenswoche wurde die Haut starr, glänzend; in der vierten Woche bemerkte man Ausstülpung der Augenlider. Das Kind, welches an der Mutter Brust ernährt worden war, konnte nach einem Vierteljahr nicht mehr saugen und musste künstlich ernährt werden. Im weiteren Verlaufe bildeten sich bald da bald dort Knoten die aufbrachen und Eiter entleerten. Ein Jahr alt bekam das Kind eine Entzündung am linken Auge und wurde auf dieser Seite blind; in den letzten acht Tagen hat sich an der rechten Cornea ein Geschwür ausgebildet. Die Haut war nach dem Bade ziemlich glatt, nahm aber alsbald ihr krankes Aussehen wieder an. — Als das $2^1/_4$ Jahr alte Kind meiner Klinik zugeführt wurde, fand ich dasselbe für sein Alter in der Entwickelung zurückgeblieben; es wog 8 Kilo und mass 68 Ctm.; zu gehen war dasselbe noch nicht im Stande. Die Haut bot insbesondere am Stamme und an den oberen Extremitäten einen Atlasglanz dar, dadurch veranlasst, dass seidenpapierähnliche Epidermislamellen, welche mehrfach zerklüftet und eingerissen waren, als bald rundliche linsengrosse, bald längliche bohnengrosse oder noch grössere Schilder erschienen, mit fest anhaftender Basis und meist abgehobenem Rande.

Die Epidermisfelder, beziehungsweise die sie begrenzenden Einrisse, setzten sich zu Figuren zusammen, die an den Extremitäten meist circulär, am Stamme bald mehr schräge, bald mehr quer verliefen. Am Stamme machte die Cutis den Eindruck eines dünnen Pergamentblattes, das sich nur in steife Falten legen liess; daselbst befanden sich 8 bohnen- bis fingerspitzengrosse, weisse, narbenartig veränderte Hautstellen, welche den früher erwähnten Abscedirungen entsprechen sollten. Während die Haut, die übrigens nirgends einen Paniculus adiposus aufwies, am Stamme ausreichend war, erschien sie an den Ellbogenbeugen zu kurz und führte an den Radiocarpalgelenken geradezu zu einer ringförmigen Erscheinung. Die Haut der Vola und der Volarfläche der Finger war beiderseits verkürzt, in Folge dessen die in der Entwickelung zurückgebliebenen Finger in allen Gelenken gebeugt gehalten wurden; selbst wenn man eine Streckung in den Metacarpo-Phalangealgelenken zu forciren versuchte, erschien die Hohlhand in Folge der Hautverkürzung sattelförmig gekrümmt, nämlich concav in der Längs-, convex in der Queraxe. Die Finger waren, offenbar durch die Retraction der Haut, zu kurz; die Nägel verkrümmt, höckerig, verschoben, verstümmelt (die Veränderungen waren auf der linken Seite mehr ausgeprägt als auf der rechten). In der Inquinal- und Kniekehlengegend bestand ebenfalls Retraction der Haut. An den unteren Extremitäten fand man phalan-



genbreite, hellbraune, glatte, quergestellte und einen grossen Theil der Peripherie einnehmende Epidermisplatten, die sich bald leicht bald nur sehr schwer ablösen liessen und einige Aehnlichkeit mit einem Pergamentblatt oder einem dickeren Kautschukpapier hatten. Den eben geschilderten Epidermisplatten entsprechend, erschienen die Unterschenkel und die Füsse unmittelbar hinter den Zehen und an der Fusswurzel vor dem Sprunggelenke circulär eingeschnürt, während die zwischen den Epidermisbändern befindlichen Stellen hervorgequollen waren; diese Verhältnisse waren an den Füssen besonders deutlich ausgeprägt; man erhielt den Eindruck, als wenn die Füsse durch Bindentouren seitlich zusammengedrückt worden wären, zwischen denen die nicht getroffenen Partien sich polsterartig hervordrängten.

Die Zehen liefen spitz zu, waren kurz, von steifer Epidermis bedeckt und machten den Eindruck von ganz geraden Stiften. Die Epidermis der Gesichtshaut war zu ähnlichen Schuppen und Platten umwandelt wie am übrigen Körper; ausserdem war die Haut der oberen Lider in hohem, der unteren in geringerem Masse verkürzt und die Conjunctiva nach aussen gestülpt; das linke Auge phthisisch, das rechte ein Cornealgeschwür aufweisend. Die Ohrmuscheln waren in ihrem Höhendurchmesser verkürzt und in ihrem hinteren Antheile nach rückwärts verzogen, so dass die Concha die Gestalt eines Dreieckes mit vorderer Basis und hinterer Spitze annahm; die Haut der Ohrmuschel schien an der hinteren Fläche zur Bedeckung des Hauptes herangezogen, indem die Concha hier (an der hinteren Fläche) nirgends frei vom Kopfe abstand; nur der Helix hob sich als schwacher Wall ab. Die Oberlippe war starr und sehr kurz, so dass das obere Zahnfleisch blos lag.

Das Kopfhaar war licht, dünn, gleichmässig über die Schädeldecken ausgebreitet; an einzelnen Stellen durch Epidermisschuppen und Secret zu Büscheln verklebt; nach Entfernung der Schuppen kam eine glatte Haut zum Vorschein. Diese Partien wechselten mit anderen, die mit lichten Borken bedeckt waren, in unregelmässiger Weise ab; unter den Borken schien die Haut zart geröthet und stellenweise erodirt; im Ganzen nahmen die letzteren eine geringere Fläche der Kopfhaut ein, als die ersteren. An der Haargrenze, gegen die Stirne hin befanden sich überdies stecknadelkopf- bis linsengrosse Blasen und Bläschen, die theils ein lichtes, theils ein milchweisses eiterartiges Fluidum enthielten; ähnliche matsche Pusteln von Linsengrösse waren da und dort im Gesichte zerstreut.

Ausser den erwähnten fanden sich an der Haut des Körpers nirgends anders geartete Efflorescenzen; auch objectiv erkennbare Kratzeffecte waren nicht zu constatiren, obwohl das entblösste Kind der Juckempfindung nicht widerstehen konnte; der kratzende Finger hatte eben nur da und dort Schuppen losgewühlt. Mit Ausnahme des Mons veneris erschien keine Stelle der Haut vollkommen normal. In der Umgebung des Anus bildete die Haut radiär angeordnete dicke Fal-



ten. Die Lymphdrüsen am Halse und in der Leiste waren weniger, die am Processus mastoideus merklich geschwollen. Das Kind athmete flach und frequent, der Unterleib war aufgetrieben. Auf einer Seite erblindet und auf der anderen des Augenlichtes fast beraubt und in Folge von Ottorrhöe wenig hörend, lag es meist ruhig in seiner Wiege und zeigte keine Lust, sich zu erheben; dabei waren die Functionen des Magens und Darmkanals normal. Beim Untersuchen des Kindes, sowie bei jedem anderen Versuche, sich mit demselben zu beschäftigen, benahm es sich sehr unruhig und schrie und wehrte sich mit Händen und Füssen. — Das Kind wurde täglich zwei Mal gebadet, nach dem Bade mit Oleum Olivarum gesalbt; dabei bemerkte man den Schweiss in grossen Tropfen hervorbrechen und die Epidermislamellen sich loslösen. Die Behandlung schien gute Wirkung zu haben, die Haut wurde geschmeidig. Die einschnürenden inniger anhaftenden Epidermishäutchen wurden überdies mit Emplastrum diachyli simplex bedeckt, worauf sie sich leichter abheben liessen und die Cutis hervortreten machten. In der vierten Behandlungswoche jedoch fing das Kind an, jede Nahrungsaufnahme zu verweigern, es stellte sich Erbrechen ein, der Puls war frequent, über den Lungen hörte man Rasseln; Convulsionen bestanden nicht. Das Kind verfiel zusehends und starb nach wenigen Tagen. — Die anatomische Diagnose lautet: Ichthyosis, Rachitis, Atrophia bulbi sinistri et nervi optici sinistri, Hypertrophia cordis; Hydrothorax, Hydropericardium, Hydrops ascites, Bronchitis.

Das jüngere Kind, ein Knabe im Alter von einem Jahre, wurde in der 40. Woche geboren und soll die ersten Veränderungen der Haut beiläufig im zweiten Lebensmonate gezeigt haben. Auch dieses Kind wurde von der Mutter gestillt; die Saugfähigkeit verschlechterte sich jedoch mit zunehmender Krankheit immer mehr; im Alter von sechs Monaten musste die künstliche Fütterung Platz greifen. Bei der Aufnahme war das Kind 6·40 Kilogramm schwer und 60 Centimeter lang.

Es bot im Grossen und Ganzen denselben Krankheitscharakter der Haut dar, wie sein älteres Schwesterchen, nur war die Kopfhaut mit dicken Krustenauflagerungen bedeckt, die an einzelnen Stellen rissig auseinanderwichen; an der Stirn erschien die Haut zwischen beiden Höckern verkürzt und verdünnt, während die Haut unterhalb dieser Stelle, bis zum Nasenrücken herab, hervorquoll. Das Gesicht, sowie überhaupt die ganze Haut war intensiver erkrankt, als bei dem älteren Kinde; die Oberlippe war zwar etwas weniger verkürzt, doch war der Mund nicht spaltförmig, sondern rundlich. Von den Augenlidern waren die unteren mehr retrahirt als die oberen, die Conjunctiva beiderseits nach aussen gestülpt; beim Schlafe waren die Bulbi nicht gedeckt. An der Ohrmuschel wies dieses Kind zwar mächtigere Epidermisauflagerungen auf, doch war die Retraction der Haut der Ohrmuschel in einem geringeren Grade vorhanden; auf der rechten



Seite bestand Otorrhöe. Auch an anderen Stellen des Körpers bemerkte man, dass die Epidermis zu mächtigen, dann aber auch dunkel gefärbten Panzern, wie beispielsweise am Oberarm, aufgeschichtet war, wodurch die Haut ein baumrindenartiges Aussehen annahm. In der Leistenbeuge war ein normales Hautstückchen; Mons veneris war erkrankt, das Scrotum erschien gesund, nicht aber die Haut des Penis. In der Kniekehle und der Leistenbeuge bestanden Verkürzungen, wenngleich die Haut an letzterem Orte nicht schuppte und fast normal erschien. Die einschnürenden Epidermisblätter waren an den Unterschenkeln dieses Kindes stärker ausgeprägt, demgemäss quoll auch die Cutis nach Abheben der verhornten Lamellen mehr hervor. Auch die Einschnürungen an den Füssen und die Verkürzungen der Haut in den Hohlhänden und an der Beugeseite der Finger waren in gleicher Weise vorhanden, hingegen fehlte die verkürzende Einschnürung am Radio-Carpalgelenke. Die Haut circa anum war ähnlich verändert, wie bei dem älteren Kinde, nur dass die Falten nicht so dick erschienen. Im Uebrigen glich die Haut dieses Kindes genau der allgemeinen Decke seines Schwesterchens. — Es wurde die gleiche Behandlung eingeleitet, welche auf die Haut gut einzuwirken schien; in der dritten Woche konnte das Kind bereits mit geschlossenen Augen schlafen. Nach einem circa fünfwöchentlichen Spitalaufenthalte nahm man das Kind nach Hause, woselbst es nach zwei Monaten starb. —

Hierauf wurde die Sitzung geschlossen.

IV. Sections-Sitzung, Montag den 21. September.

Vorsitzender: Lipp (Graz).

Doutrelepont (Bonn): Ueber Syphilisbacillen.

Am 22. November 1884 (Wien. med. Woch. Nr. 47) erschien zuerst eine vorläufige Mittheilung von S. Lustgarten über den Befund von Bacillen in zwei syphilitischen Initialsclerosen und einem Gummaknoten. Da meine seit langer Zeit angestellten Untersuchungen zu einem ähnlichen Befund geführt hatten, theilte ich es in der Sitzung der niederrheinischen Gesellschaft für Natur- u. Heilkunde zu Bonn am 15. December 1884 mit. Im April dieses Jahres demonstrirte L. die Bacillen im Congress für innere Medicin und veröffentlichte sein Tinctionsverfahren und die Ergebnisse seiner Untersuchungen in den medicinischen Jahrbüchern der k. k. Ges. der Aerzte, in der „Wiener med. Wochenschrift" und den Verhandlungen des Congresses. Die Resultate unserer Untersuchungen wurden in der „Deutschen med. Wochenschrift" 1885, Nr. 19 und neuerdings in einem Referate eines Vortrages mit Demonstration, den ich in der Sitzung der niederrheinischen Ges. für Natur- u. Heilk. vom 20. Juli d. J. gehalten, veröffentlicht.



Lustgarten hat in Schnittpräparaten von zwei Sclerosen, einer Lymphdrüse, drei papulösen Efflorescenzen und vier Produkten des gummösen Stadiums die Gegenwart der Bacillen nachgewiesen und theilt weiter mit, dass die Herren Fürth und Mannaberg seine Erfahrungen bestätigten, indem sie in einer recenten Sclerose und in einem papulösen Infiltrate eines kleinen Labiums die Bacillen fanden.

Meine Untersuchungen erstrecken sich bis jetzt auf 9 Sclerosen (8 des Präputium, 1 der grossen Schamlippe), auf 1 breites Condylom der grossen Schamlippe, ein Condylom des Afters, auf 5 Papeln (je eine vom Kopfe, Kinn, Brust, Hodensack, der inneren Fläche des Oberschenkels), auf 1 Gumma.

Die neue Methode, die Lustgarten angab, ist bekannt; ebenso ist die Färbungsmethode, die ich zuerst mit positivem Resultate anwandte, veröffentlicht, so dass ich auf die Einzelheiten hier nicht eingehen will, ebensowenig auf die Eigenschaften dieser Bacillen, welche am meisten den Tuberkel- und Leprabacillen gleichen.

Die Zahl derselben in den Geweben ist nach meinen Untersuchungen verhältnissmässig nur eine geringe; sie kommen einzeln oder in Gruppen bis zu acht und mehr, in Zellen eingeschlossen aber auch frei vor. Fürth und Mannaberg haben in einer recenten Sclerose reichliche Mengen von Bacillen in Form von Nestern gefunden, so dass Hunderte von Bacillen enthaltende Schnitte mit bacillenfreien abwechselten. Auch Lustgarten bildet eine grosse Gruppe von mit Bacillen erfüllten Zellen im Bindegewebe unmittelbar unterhalb einer Sclerose ab. So zahlreich wiesen meine Untersuchungen sie nicht nach, trotzdem ich seit dem Bekanntwerden des Lustgarten'schen Tinctionsverfahrens diese Methode sehr häufig angewendet habe.

Auch Secrete der syphilitischen Produkte habe ich auf die Gegenwart von Bacillen untersucht, aber nur in geringer Zahl, weil ich die Resultate solcher Untersuchungen doch nicht so beweisend, als die der Gewebsuntersuchungen halten konnte.

Lustgarten hat die Secrete von je drei Sclerosen und nässenden Papeln, Fürth und Mannaberg in zehn Fällen von Syphilis die Secrete mit positivem Erfolge untersucht. Die Gegenwart der Bacillen im Secrete von Plaques muqueuses des Gaumens, von ausgedehnten breiten Condylomen der grossen Schamlippe und von ähnlichen Wucherungen des Scrotum und im Secrete eines Ulcus induratum der Oberlippe habe ich nach der Lustgarten'schen Methode, aber nur in einem Fall von Papeln des Scrotum sehr zahlreich, sonst nur in geringer Zahl nachzuweisen vermocht; nach der Methode, mit deren Hilfe ich die Bacillen zuerst in den Geweben gefunden hatte, habe ich die Bacillen in Secreten, auch in einem Falle, wo sie durch die Lustgarten'sche Methode so zahlreich wie in bacillenreichem Sputum der Tuberculose sich fanden, nicht nachweisen können, einige sah



Fig. I.

Zeiss Syst. F ok. 4

Fig. II.

Zeiss Syst. F ok. 4.

Fig. III.

Zeiss Syst. F ok. 3

man zwar, aber nicht gefärbt oder durch Saffranin mehr weniger gefärbt; die meisten waren nicht sichtbar.

Diese Bacillen im Secrete, welche nach der Lustgarten'schen Methode sich ganz wie die Bacillen in den Geweben verhielten, mussten bis jüngst als identische mit letzteren angesehen werden, und man musste sich, da sie im Secrete so zahlreich, in den Geweben aber verhältnissmässig nur in sehr geringer Zahl, vorkommen, denken, dass sie sich in den Secreten als günstigerem Nährboden sehr vermehrten.

Diese Ansicht, sowie die Schlussfolgerung, die man aus der Gegenwart der betreffenden Bacillen in Secreten und vielleicht auch in Geweben bis jetzt gemacht hat, haben in jüngster Zeit, wie es scheint, einen sehr harten Stoss erhalten. Cornil theilte in der Académie de médecine am 4. August d. J. mit, dass Alvarez und Tavel im Smegma des Präputium und in den Secreten der Schleimhäute der äusseren Geschlechtsorgane Bacillen gefunden hätten, die bis jetzt nicht beschrieben und die in ihrer Form, Grösse und ihren Farbenreactionen identisch seien mit den von Lustgarten beschriebenen. (Gaz. des Hopitaux 1885, nº 90.)

Ich muss diese Untersuchungen insoweit wenigstens bestätigen, als ich im Smegma praeputii eines vollständig gesunden Mannes und im Secrete, welches zwischen der grossen und kleinen Schamlippe eines nicht syphilitischen Mädchens entnommen war, im ersten Falle sehr zahlreich, im anderen in geringer Zahl Bacillen gefunden habe, welche in der Form und Grösse den im Secrete der syphilitischen Produkte gefundenen, sowie den Tuberkel- und Leprabacillen gleichen. Sie können nach der Lustgarten'schen Färbungsmethode sehr gut nachgewiesen werden, bleiben auch nach länger fortgesetzter Entfärbung schön blau gefärbt; von den Tuberkel- und Leprabacillen jedoch unterscheiden sie sich dadurch, dass sie durch Salpetersäure und Alkohol nach Ehrlich vollständig entfärbt werden. Auch nach der Methode, nach welcher ich die Bacillen in den Schnitten beobachten konnte, ist es mir bis jetzt nicht gelungen die Bacillen des Smegma zu färben und zur Anschauung zu bringen.

Recapituliren wir kurz: Man findet in allen Stadien der Syphilis in ihren Produkten an allen Körpergegenden Bacillen, welche der Form und Grösse nach den Tuberkel- und Leprabacillen sehr ähnlich sind, die jedoch nach der gewöhnlichen Methode der Färbung dieser sich nicht färben lassen; bis vor Kurzem konnten sie als specifische der Syphilis allein zukommende angesehen werden. Wegen ihres constanten Vorkommens, wegen der Aehnlichkeit, welche sie mit den Lepra- und Tuberkelbacillen zeigen, und in Anbetracht der Analogie, welche diese Erkrankungen mit der Syphilis aufweisen, konnten diese Bacillen wohl mit grosser Wahrscheinlichkeit als die Träger des syphilitischen Giftes angesehen werden.





Die Entdeckung der von jenen bis jetzt wenigstens nicht sicher zu unterscheidenden Bacillen (auf den Unterschied bei meinem Färbungsverfahren kann ich vorläufig nicht viel Gewicht legen) in normalem Secrete an den Schleimhäuten der äusseren Geschlechtstheile entnimmt den Bacillen bei Syphilis die Specificität. Jedenfalls dürfen die Bacillen im Secrete, welche mit dem Lustgarten'schen Verfahren dargestellt sind, vorläufig nicht mehr mit der Syphilis zusammenhängend angesehen werden. Züchtungen und Reinculturen, welche bis jetzt nicht gelungen sind, können noch Unterschiede nachweisen. Diese sowie Inoculationen müssen zuletzt die Sache klären und endlich zur Erkenntniss der Wahrheit führen.

Anschliessend an den Vortrag demonstrirt Doutrelepont die Bacillen in verschiedenen Präparaten von syphilitischen Gewebstheilen, als da sind Gummata, Initialsclerosen, Papeln, ferner Bacillen im Blut, sowie im Secret von nässenden Papeln und zuletzt die Bacillen des Smegma Präputii.

Discussion. — Lichtheim (Bern) referirt über Beobachtungen seines Assistenten de Giacomi, welcher die von Alvarez und Tavel gefundenen Bacillen oder mindestens sehr ähnliche bereits früher im Scheidensecret gesunder Frauen nachgewiesen hat. Dieselben unterscheiden sich von den Syphilisbacillen durch ihre grössere Beständigkeit gegen Mineralsäuren, von den Tuberkelbacillen durch ihre grosse Empfindlichkeit gegen Alkohol.

Schliesslich glaubt er mit Bezug auf den Lustgarten'schen Befund der Bacillen im Gewebe, dass die bisher von Anderen erhobenen Einwände mehr die Methode, als die Thatsache selbst betreffen.

Neisser schliesst sich Lichtheim bezüglich seiner Auffassung der von Tavel gegen Lustgarten erhobenen Einwände vollständig an; das Auffinden in den Schnitten sei das Wesentliche. — Er hat selbst über die Entfärbung der Syphilisbacillen durch Salpetersäure keine Erfahrung, aber über Schwefelsäure: sobald z. B. die schweflige Säurelösung längere Zeit aufbewahrt sei, sei sie wegen der sich bildenden Schwefelsäure unbrauchbar. — Auffallend sei es schliesslich doch, dass pathologische Eiterungen (Ulcus molle etc.) keine Lustgarten'schen Bacillen enthielten und syphilitische Secrete regelmässig.

Finger (Wien) betont zunächst, dass die Bacillen Lustgarten's gegen Schwefelsäure sehr empfindlich sind, der geringste Zusatz von Schwefelsäure zur schwefeligen Säure die Bacillen entfärbt. Obwohl F. nicht einsieht, warum mit der Specificität der Reaction auch die Specificität der Bacillen fallen solle, möchte er doch einen Einwand erheben, den er schon Lustgarten gegenüber erhoben hat. Die Bacillen Lustgarten's finden sich sowohl in Secreten, als in Schnitten der Produkte aller drei Perioden und die gleiche



chemische Reaction, die gleiche morphologische Beschaffenheit berechtigt uns nicht, Differenzen anzunehmen.

Nun sind die Produkte der primären und secundären Periode übertragbar, die der tertiären Periode nicht, wie sich F. selbst durch Impfungen, die er mit gummösem Eiter an 10 gesunden Individuen vornahm und die stets negative Erfolge ergaben, überzeugte. F. glaubt daher als aprioristisches Postulat jedes Syphilisbacillus aufstellen zu sollen, dass derselbe in Secreten und Schnitten der Primär- und Secundärprodukte sich in grosser, in Secreten und Schnitten der Tertiärperiode in kleiner Zahl oder nicht vorfinden solle.

Neisser fragt, ob die Gummapräparate nicht sehr alte und schlecht conservirte Präparate waren, da solche alte Alkoholpräparate häufig Gebilde enthalten, welche schwer von den in Rede stehenden Bacillen zu trennen seien.

Finger antwortet, dass, wie ihm es bekannt, auch frische gummöse Produkte untersucht wurden.

Unna (Hamburg): Ueber Sphacelinsäure bei Rosacea.

Die Arbeit von Kobert: „Ueber die Bestandtheile und Wirkungen des Mutterkorns", regten Unna zu Versuchen mit der von Kobert zuerst dargestellten Sphacelinsäure an, welche, nach den Thierversuchen des Autors zu schliessen, das gangränerzeugende Agens des Mutterkorns ist. In 5—10% Salben gab ein an Sphacelinsäure reicher Extract sehr befriedigenden Erfolg bei reiner, incomplicirter Rosacea. Wo diese secundär zu Folliculitiden geführt hat oder sich selbst erst secundär an Acne anschliesst, ist das Resultat weit weniger befriedigend. Uebrigens ist ein anämisirender Einfluss obiger Salben auf andere, concomitirende Angiectasien (Lupus, Narben, Naevi etc.) unverkennbar. Die Wirkung ist eine schmerzlose. Unna bediente sich theils des auf Kobert's Veranlassung von Gehe und Co. (Dresden) in den Handel gebrachten Extr. sec. cornut. cornutinosphacelinicum, theils eines sehr wirksamen, von Mielck (Hamburg) nach einer etwas abweichenden Methode dargestellten, sphacelinsäurehaltigen Extractes.

Unna demonstrirt:

Schnitte aus lepröser Haut, welche nach seiner Trockenmethode dargestellt sind. Dieselben sollen beweisen, dass die bisher für bacillenhaltige Zellen gehaltenen Heerde der leprösen Haut gar keine Zellen, sondern Bacillenhaufen sind, dass solche von einem schleimigen Mantel umgebene Bacillenhaufen sämmtliche Lymphgefässe der Haut erfüllen, weiter aber auch in den Haarbälgen, Knäueldrüsen sowie in den Blutgefässen (Venen und Arterien) zu finden sind, wo sie das Endothel streckenweise dicht bedecken, nicht dagegen in den Talgdrüsen. Schliesslich macht Unna noch auf einen merkwürdigen Befund an einigen Knäueldrüsen aufmerksam.



Wolff (Strassburg): Ueber ein neues Jodpräparat.

Das neue Präparat, das „Jodol", ist von Ciamician und Dennstedt bekannt gemacht worden (Bericht der Deutschen Chem. Gesellschaft, 1883). Es entsteht bei der Einwirkung von Jod, im Vorhandensein von Kali causticum auf das Pyrrol $C^4 H^5 N$. Seine chemische Zusammensetzung entspricht der Formel $C^4 J^4 NH$. Der Körper besitzt die Eigenschaft einer schwachen Säure und kann in dieser Beziehung den Phenolen verglichen werden. Es ist im Handel noch nicht vorhanden, kann aber nach Angabe von E. Hepp zu ca. den gleichen Preisen wie das Jodoform, nach seiner Präparationsmethode geliefert werden.

Die Muster, welche uns zur Verfügung gestellt wurden, zeigen folgende physikalische und chemische Eigenschaften: graubraunes Pulver (reineres Jodol wird um so weisser), amorph, unlöslich in Wasser, wenig löslich in Alkohol, löslich dagegen in warmem Spiritus, Aether und Acidum aceticum. Das Präparat wird durch die Einwirkung des Lichtes langsam zersetzt, ist stabil bei einer Temperatur von 100° C., zersetzt sich ohne zu schmelzen bei 140°—150° C. Schwefelsäure zersetzt das Präparat nur sehr langsam, oder auch rasch beim Erhitzen, unter Ausscheidung von freiem Jod.

Löslich ist das Präparat in einer alkoholischen Natronlösung, welche durch leichte Säuren (Co^2) gefällt wird, wenn Wasser, das die alkoholische Sodalösung nicht fällt, hinzugefügt wird. Das Präparat enthält 89% Jod und ist vollständig geruchlos.

Ausserdem wurde die leichte Löslichkeit des Jodols in Oel von uns constatirt und wurde zu physiologischen Experimenten speciell diese Lösung versucht. Hier müssen wir das Bedauern aussprechen, dass das uns gelieferte Präparat aufging und dass diese Studie nur den Werth einer vorläufigen Mittheilung besitzt, die wir später vervollständigen werden.

Therapeutisch wurde dieses Präparat schon von F. Mazzoni in Rom auf der chirurgischen Klinik geprüft; es liefert uns aber seine Arbeit nur wenig Bestimmtes. (Folgt der Bericht von Mazzoni.)

Von mir wurde ein Theil des Präparats, da wir gerade eine Anzahl von Ulcera mollia in der Abtheilung zur Verfügung hatten, zuerst zu diesem Zwecke verbraucht. Es hat sich dabei herausgestellt, dass das Präparat, ebensowenig wie Jodoform, eine rasche modificirende Wirkung auf die Geschwüre äusserte, dagegen die gleichen Eigenschaften zeigte nach Modification der Geschwüre durch reine Salicylsäure.

Ferner wurden Versuche an Thieren (Kaninchen) durch Einspritzungen von öligen Lösungen 10% gemacht.

Constatirt wurde bis jetzt nur, dass diese Einspritzungen ohne die geringste locale Reaction verliefen und dass sich Jod im Urin wieder nachweisen liess.



Innerliche dargereichte Quantitäten bis 0,16 pro Tag zeigten nicht die geringsten den Darmtractus reizenden Eigenschaften.

Ueber den eigentlichen Werth der antiseptischen und die dem Jod zukommenden specifischen Wirkungen des Präparats werden wir uns nur aussprechen können, wenn unsere Versuche zu einer grösseren Anzahl von Beobachtungen gelangen. — Keine Discussion.

Wolff (Strassburg): Ueber das Verhältniss der Lues und der venerischen Krankheiten in Strassburg.

Die Frage, ob die Syphilis ab oder zugenommen hat seit ihrem Auftreten in Europa, lässt sich schwer lösen. Es würde dazu eine regelmässig geführte Statistik nothwendig sein, die leider fehlt, und bis jetzt hat man nur ganz oberflächliche Ansichten darüber ausgesprochen. Die Intensität der Krankheit hat, soviel ist absolut sichergestellt, sehr abgenommen[1]), wie es sich aber mit deren Verbreitung verhält, ist jedenfalls schwerer zu sagen. Die Documente, welche hier zur Lösung dieser Frage noch von mir gefunden worden sind, sind nur spärlich vorhanden; wir haben sie in der hygienischen Topographie, welche als Festschrift zur 58. Naturforscherversammlung herausgegeben worden ist, schon besprochen, ich werde daher nur trockene Zahlen hier aufführen. Die Angaben, die wir gefunden haben, lassen sich in vier Perioden theilen. Eine erste (prähistorische, was die Lues anbelangt, möchte ich sagen) gibt nur grosso modo Gesammtzahlen an. Die zweite liefert nur Zahlen über die Mitte des 16. Jahrhunderts und den Anfang des 17. Die dritte betrifft die Mitte des jetzigen Jahrhunderts und die vierte die moderne Zeit bis 1884.

Was die früheste Zeit anbelangt, so wurden im ersten Jahre des Ausbruches der Lues, 1495, 100 Personen behandelt, im zweiten, 1496 schon 600. Dazu muss bemerkt werden, dass nicht die Stadt allein diese hohe Anzahl Patienten lieferte, sondern auch die Umgegend und weitergelegene Länder. Von der Mortalität wird nur gesagt, dass viele Patienten zu Grunde gingen.

1544 wurden 118 Patienten behandelt, in dem zum Zwecke der Behandlung Syphilitischer errichteten Blatternhause.

Aus dieser Zahl und aus den folgenden darf nicht geschlossen werden, dass sich damals schon eine Abnahme der Erkrankungen bemerkbar machte. Es war nämlich, wie wir dies in oben citirtem Werke angegeben haben, das Blatternhaus nicht die einzige Pflegeanstalt, sondern es wurden die Luetischen noch in wenigstens sechs anderen Spitälern untergebracht.

(Das Blatternhaus für sich hatte 24 Betten, wie aus dem Inventar im Jahre der Aufhebung dieses Spitals hervorgeht.)

---

[1]) Siehe Topographie von Strassburg 1885. l. c.

Von 1568 bis 1578 schwankte die Zahl der Patienten zwischen 100 und 200, die Durchschnittszahl der Zusammenrechnung erhebt 178 Patienten per Jahrgang mit einer Mortalität von 13%!

Am Anfang des 17. Jahrhunderts von 1603 bis 1614 wurden durchschnittlich 339 Patienten per Jahr, in diese Anstalt aufgenommen.

Die Mortalität für diese Periode sinkt auf 3,73%, aber die Zahl der Erkrankungen steigt auf das doppelte.

Die Zahlen die aus den Jahren 1846—1853 stammen, können uns richtigere Angaben liefern, obwohl sie nur aus dem Sommersemester dieser Jahrgänge herrühren. Es verhält sich die Ziffer der Syphilitischen durchschnittlich auf 213 per Jahrgang. In dieser Zeit gab es nur eine Anstalt, welche Syphilitische in Verpflegung nahm, sämmtliche wurden im Bürgerspital seit 1771 behandelt.

Schliesslich in der 4. Periode, von 1874—1884 finden wir, dass durchschnittlich in einem Jahre 128 Syphilitische in Behandlung kamen.

Das Verhältniss der syphilitischen Erkrankungen zu den venerischen lässt sich nur in den zwei letzten Zeitperioden bestimmen. In der dritten war die Zahl der Venerischen 3475, die der Luetischen 852, d. h. ca. ein Viertel.

In den letzten finden wir auf 9158 venerische Kranke nur 1403 Syphilitische d. h. ca. ein Sechstel. Also eine nur relative Abnahme, da die Zahl der venerischen Erkrankungen überhaupt zugenommen hat.

Ganz anders gestaltet sich aber das Bild, wenn wir Rücksicht auf die Population nehmen, die regelmässig als eine zunehmende zu betrachten ist. Berechnen wir die Procentsätze der Luetischen und stellen wir diese der Bevölkerungszahl gegenüber, finden wir, dass in der I. Periode mit einer Population von 30000 Einwohnern die Höhe der Erkrankungen auf 6‰ steht.

In der II. ca. die gleiche Bevölkerung 11, 3‰
„ „ III. mit 65000 Einwohnern . . . 3, 3‰
„ „ IV. mit 96000 „ . . . 1, 2‰.

Die Procentsätze der Garnison sind nur für die IV. Periode nachweisbar und wurden in dieser angegebenen Zeit 3633 venerische Kranke im Militärlazareth aufgenommen. Auf diese 3633 Patienten sind 1035 Syphilitische oder 115 für ein Jahr vorgekommen, oder 12,8‰ — 1,28‰. Das Verhältniss der Syphilitischen zu den Venerischen ergibt ca. ein Drittel.

Es wäre dies die richtige Proportion, wenn wir berücksichtigen, dass die Aufzählung der Militärkranken die einzig richtige Angabe über die Zahl der Erkrankungen liefert, weil diese zwangsweise das Spital aufsuchen müssen; und würde in diesem Sinne der Procent-



satz der Erkrankungen in der Civilbevölkerung ca. zehn Mal höher zu stehen kommen. Betrachten wir aber andererseits dass die Frauen ebenfalls zwangsweise zum Spital geführt werden, so finden wir hier auch wieder auf 7155 venerische Erkrankungen nur 931 Syphilitische oder ein Sechstel.

Die relativ hohe Zahl der syphilitischen Soldaten, gegenüber den gleichen Erkrankungen der in gleichen Bedingungen sich befindenden weiblichen Patienten gestellt, lässt sich durch den Umstand, glaube ich, erklären, dass theilweise schon angesteckte Rekruten hier ankommen [1]) und auch dadurch, dass der geschlechtliche Verkehr bei einer jungen männlichen Population von Leuten, die zwischen 20 und 25 Jahren stehen ein regerer ist, wie in der Civilpopulation, wo auch Verheirathete, Greise etc. ausfallen. Immerhin ist die Zahl der luetischen Erkrankungen von 1,2°/₀ als eine ganz günstige zu betrachten, besonders weil die Recidive inbegriffen sind.

Wir können daher aus den soeben gelieferten Bemerkungen den Schluss ziehen, dass, wenn sich die absolute Zahl der venerischen Erkrankungen in den letzten Zeiten als eine zunehmende gezeigt hat, die relative Zahl der luetischen stetig in Abnahme begriffen ist.

Nun möchte ich noch einige Worte hinzufügen über die Ursache, welcher wir diese Abnahme zu verdanken haben. Ich habe hier an dieser Tabelle die Curve aufgezeichnet, welche uns die Frequenz der venerischen Erkrankungen seit 1800 bis 1884 wiedergibt. Es sind da grosse Schwankungen bemerkbar.

Die Zunahme der Patienten trifft jedesmal mit den gegen die Prostitution gerichteten Gesetzen zusammen. In den Fällen, in welchen die Massregeln energisch waren und auch die Repression der geheimen Prostitution im Auge hatten, steigt die Summe der Erkrankungen, sowie die Summe der weiblichen Patienten, während die Zahl der männlichen abnimmt. Besonders hervorzuheben ist die Curve, welche die Erkrankungen der Garnison wiedergibt, und die am niedrigsten steht in den Jahrgängen, in welchen die der aufgegriffenen Frauen am höchsten zu stehen kommt. Die Curve liefert uns den Beweis, dass die ersten Versuche der Regelung der Prostitution in den Jahren 1815 und 1818 absolut ohne den geringsten Erfolg blieben. Es wurden nämlich damals nur die öffentlichen Dirnen 1 mal monatlich untersucht, die Winkeldirnen nicht aufgegriffen. Die Zahl der männlichen und weiblichen Patienten blieben daher in der gleichen Frequenz vorhanden und ihre Schwankungen verhalten sich für diese Zeiten vollständig parallel.

1839—1840 wird eine neue Ordnung eingeführt, welche etwas eingehender ist, es beginnt in dieser Periode die Zahl der Weiber

[1]) Frühere Beschreibungen der Krankheit.



etwas anzuwachsen, die Männerzahl sinkt noch nicht. Erst als 1852 bis 1855 die Reglementirung vollständig neu eingerichtet, centralisirt und energisch gehandhabt wird, zeigen sich die günstigen Schwankungen, welche wir jedesmal constatiren, wenn eine zweckmässige Anwendung der existirenden „Reglements“ geschieht.

Besonders bemerkenswerth ist dieses Resultat in den letzten Jahren, wo mit aller Strenge gegen die geheime Prostitution gekämpft wird.

Discussion: — Neisser fragt, in welchem Verhältniss die Zahl der Syphilis zum weichen Schanker steht.

Wolff sagt, dass die ulc. moll. seit der Repression der geheimen Prostitution ganz bedeutend abgenommen haben im Vergleich zur Syphilis.

Neisser und Lipp können diese Thatsache nach ihren Erfahrungen bestätigen, Lipp constatirt die gleichzeitige Zunahme der Syphilis.

Finger: Auch in Wien hat die Zahl der weichen Schanker abgenommen. Noch mehr aber hat die Zahl der Bubonen abgenommen. Seit den letzten 6 Jahren ist an der 1. Klinik für Syphilis die Zahl derselben von 35% auf 17% gesunken, was damit zusammenhängt, dass die Patienten frühzeitiger, mit frischeren, weniger vernachlässigten Geschwüren in Behandlung kommen.

Finger bemerkt übrigens, dass in Wien zuweilen die Zahl der weichen Geschwüre bei Männern sehr gross sei im Vergleich zu jenen bei Frauen.

Wolff erwiedert, dass die Erklärung dieser Thatsache wohl darin zu suchen ist, dass eine Frau viel mehr Männer ansteckt, als ein Mann Frauen.

Dann ergreift Lipp als Vorsitzender das Wort und sagt:

Da keine Vorträge mehr angemeldet sind und der Nachmittag zum Besuche des Bürgerhospitals bestimmt ist, so schliessen wir hiemit unsere Sections-Versammlungen. Ich kann aber diese Gelegenheit nicht vorübergehen lassen, ohne nochmals von der Stelle des Vorsitzenden auf die erfreuliche Thatsache hinzuweisen, dass es den Dermatologen in Strassburg endlich gegönnt war, ihre Arbeiten und Aufgaben durch Bildung einer eigenen Section zu fördern.

Wir geben uns der Hoffnung hin, dass unsere Vereinigung den Platz, welchen sie hier errungen, auch förderhin in den Versammlungen deutscher Naturforscher und Aerzte behaupten werde. Schon öfter und besonders bei Gelegenheit des internationalen Congresses in Kopenhagen im vorigen Jahre, wo ebenfalls eine eigene Section für Dermatologie und Syphilidologie tagte, gab sich unter den Fachgenossen Deutschlands und Deutschösterreichs der lebhafte Wunsch kund, ihre selbstständigere Organisation auch auf den jährlich statt-



findenden Versammlungen deutscher Naturforscher und Aerzte verwirklicht zu sehen. Wir können heute mit Befriedigung constatiren, dass unsere Section ihre Existenzberechtigung gezeigt hat.

Vorträge, Discussionen und zahlreiche Demonstrationen fanden unter den Mitgliedern der eigenen und anderen Sectionen sehr rege Theilnahme, und es kann nicht angezweifelt werden, dass die bei der Sectionsbildung gehegten Erwartungen vollständig erfüllt worden sind. Es ist uns allen klar, dass wir dieses erfreuliche Resultat wesentlich unserem Sectionsführer, dem Herrn Collegen Dr. Wolff verdanken. Ich gebe daher nur der allgemeinen Stimmung Ausdruck, wenn ich Hrn. Wolff für seine collegiale Gesinnung und Mühewaltung, sowie für sein liebenswürdiges Entgegenkommen unseren verbindlichsten und wärmsten Dank ausspreche. (Allseitiger Beifall.)

Mit diesen Gefühlen scheiden wir von hier und rufe ich Ihnen, verehrte Collegen, zu: Auf fröhliches Wiedersehen in Berlin!



Vorläufiger Bericht über die IX. Versammlung der amerikanischen dermatologischen Gesellschaft

am 26. 27. und 28. August 1885 in New-York

unter dem Vorsitze des Dr. W. A. Hardaway.

Der Vorsitzende begrüsste die alten und neuen Mitglieder der Association und hob die Bedeutung der Gesellschaft einerseits für das Studium der Dermatologie, andererseits ihre Wichtigkeit für jene Mitglieder hervor, welche fern von grossen medicinischen Centren als Aerzte thätig sind.

Es kamen folgende Gegenstände zur Verhandlung und Discussion:
Graham, Ein Fall von tuberculös-ulceröser Syphilis hereditärer Natur;
Grenough, Klinische Bemerkungen über Psoriasis;
White, Angioma pigmentosum et atrophicum;
Hyde, Verhältniss zwischen Lupus und Tuberculose;
White, Behandlung des Lupus mit parasiticiden Mitteln;
Hardaway, Behandlung der Angiome mittelst Elektrolyse;
Sherwell, Aetiologie der Psoriasis;
Robinson, Mikroskopische Studien über Herpes tonsurans und Favus;
Heitzmann, Die Structur der Haut, und die Entwicklung der elastischen Fasern in ihr;
Hardaway, Multiple Myome der Haut;
Morrison, Ein Fall von Tylosis der Hände;
Duhring, Das Verhältniss zwischen Herpes gestationis und anderen Formen der Dermatitis herpetiformis.



Zur Frage des „Granuloma fungoides (Auspitz)" Mykosis fungoides (Alibert).

In den „Mittheilungen der med. Klinik zu Würzburg" herausgegeben von Prof. Gerhardt und Dr. F. Müller, ist vor wenigen Tagen eine Arbeit über Mykosis fungoides erschienen, deren Autor, Dr. Friedrich Hammer, Assistenzarzt der Klinik für Dermatol. u. Syphil. in Würzburg, über die von ihm selbstständig gemachte Entdeckung eines Streptococcus als des muthmasslichen Krankheitserregers dieser bisher noch dunklen Affection berichtet, obgleich — wie aus den sofort beizubringenden Literaturnachweisen ersichtlich — früher bereits von zwei Seiten vor ihm derselbe nachgewiesen worden war, u. zw. zum ersten Male durch mich an der Klinik meines hochverehrten Lehrers, Herrn Prof. Auspitz, und ein zweites Mal von Herrn Prof. Rindfleisch in Würzburg.

In der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 5. December 1884[1]) hat der Unterzeichnete gleichzeitig mit der Vorstellung des betreffenden Falles durch Prof. Auspitz und im Anschluss an denselben die bezüglichen bacteriologischen Präparate zur Ansicht gebracht, woran sich die Demonstration der von Dr. Schiff angestellten Züchtungs- und Impfversuche knüpfte. Aus dem bei dieser Gelegenheit gehaltenen und im „Anzeiger der Ges." wortgetreu wiedergegebenen Vortrage ging hervor, dass es Verf. gelungen war, in den erkrankten Hautpartien einen eigenthümlichen Mikroorganismus nachzuweisen, der theils in Diplococcen, theils in Streptococcenform, ebenso wie dies Hammer nachträglich gefunden hat, zur Entwicklung gekommen war.

Prof. Rindfleisch publicirte in Nr. 15 der „Deutschen med. Wochenschrift" vom 9. April 1885 ohne vorausgegangene klinische

[1]) Anzeiger der k. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien 1884, Nr. 9.



Darstellung des betreffenden Falles über das Vorkommen von Streptococcen bei Mykosis fungoides als einer neuen, bisher noch nicht gemachten Entdeckung, da er von der wenn auch 4 Monate früher erfolgten Darstellung des Gegenstandes noch keine Kenntniss hatte [1]), und kündigte gleichzeitig an, dass der ausführliche klinische Bericht sammt Sectionsbefund seines Falles von dem Assistenten der Dermatologie, Hrn. Dr. Hammer, später erfolgen werde.

Abgesehen davon, dass wir in diesem nun erschienenen Aufsatze anstatt einer rein klinischen Darstellung des Falles plötzlich erfahren, dass Hammer, wenn auch später als Rindfleisch, so „doch durch selbstständige Untersuchung" zur Auffindung des fraglichen Spaltpilzes gelangte, finden wir in dieser Publication, wiewohl nunmehr bereits ein Jahr seit der ersten Veröffentlichung unserer Coccenbefunde bei Granuloma fungoides verstrichen ist, dieselben auch nicht mit einer Sylbe erwähnt oder auch nur angedeutet, kurz den ganzen Fall Auspitz [2]) ignorirt. Es fällt dies um so schwerer ins Gewicht, als Herr Hammer im Monate August d. J. während seines Aufenthaltes in Wien die Abtheilung des Herrn Prof. Auspitz besuchte, daselbst nicht nur den betreffenden Krankheitsfall, sondern auch meine nach der Gram'schen Methode dargestellten Cocconpräparate und die von Schiff angelegten Reinculturen sah, und ihm überdies damals die bereits 4 Monate früher (im Monate April) erschienene ausführliche Arbeit [3]) über den fraglichen Fall von Granuloma fungoides bekannt war.

Da nun im vorliegenden Falle ein Nichtwissen um den von uns zuerst constatirten Befund vollkommen ausgeschlossen und es uns nach der Enunciation Rindfleisch's, worin derselbe Hammer's Arbeit für eine spätere Zeit ankündigte, höchst unwahrscheinlich ist, dass dieselbe zur Zeit des Erscheinens der eben citirten und gleichzeitig mit der Rindfleisch'schen ausgegebenen ausführlichen Publi-

[1]) Dies geht aus einem mir von Prof. Rindfleisch zugekommenen Schreiben hervor, worin derselbe erklärt, von unserem Befunde keine Kenntniss gehabt zu haben, jedoch unsere Priorität anerkennt.

[2]) Alle in der Arbeit Hammer's vorkommenden Citationen des Namens Auspitz beziehen sich auf ältere Publicationen des genannten Autors.

[3]) Ein Fall von Granuloma fungoides. Diese Vierteljahresschrift 1885 Heft 1.



cation von Prof. Auspitz bereits abgeschlossen war, so können wir nicht umhin, über das sonderbare Vorgehen des Herrn Hammer und über dessen offen an den Tag gelegte Vernachlässigung der literarischen Gewissenhaftigkeit unsere helle Verwunderung auszusprechen.

Ebenso auffallend muss es Jedermann erscheinen, dass H. im Verlaufe seines Aufsatzes auch die Publication von Rindfleisch kaum andeutet, wiewohl dieselbe doch über ein und denselben Fall und ein und denselben Gegenstand erflossen war, und erst zum Schlusse und in kleingedruckter Schrift die angeblich „nach Abschluss" seiner Arbeit erschienene Abhandlung Rindfleisch's citirt, welche Erklärung zu der soeben mitgetheilten Aeusserung des Würzburger Professors in grellem Widerspruche steht.

Ich habe mich zur Mittheilung dieser Zeilen hauptsächlich deshalb veranlasst gefühlt, weil in den in jüngster Zeit in Frankreich erschienenen Arbeiten[1]) über unseren Gegenstand die Priorität der Auspitz'schen Schule bezüglich des Mikroorganismenbefundes bei Mykosis fungoides nicht berücksichtigt erscheint und es daher zu befürchten steht, dass bei ähnlichen weiteren Publicationsversuchen dieselbe etwa jenem beigemessen werden könnte, der „angeblich unabhängig und selbstständig, wenn auch etwas später als ein anderer" eine schon gemachte Entdeckung wieder entdeckt hat!!

Wien, im November 1885.

Dr. Carl Hochsinger.

---

[1]) Emile Vidal et L. Brocq. Etude sur le mycosis fungoide. Extrait de la France médicale. Nr. 79—85. II. 1885.

Hallópeau. Revue des sciences médicales. Paris 1885. p. 747

Autoren-Register.

Sach-Register.

A.

B.

C.



D.

E.

F.



G.

H.

I.



L.

M.



Seite

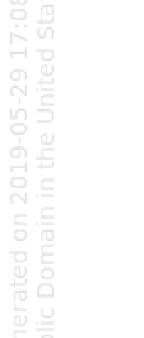
N.

O.

P.

Q.

R.



S.



T.

U.

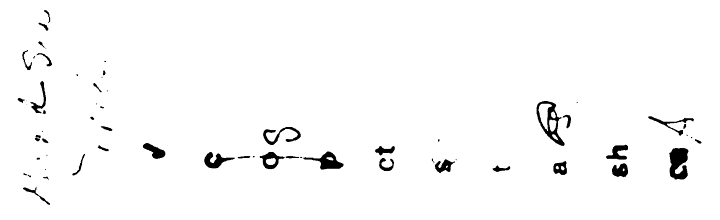
V.

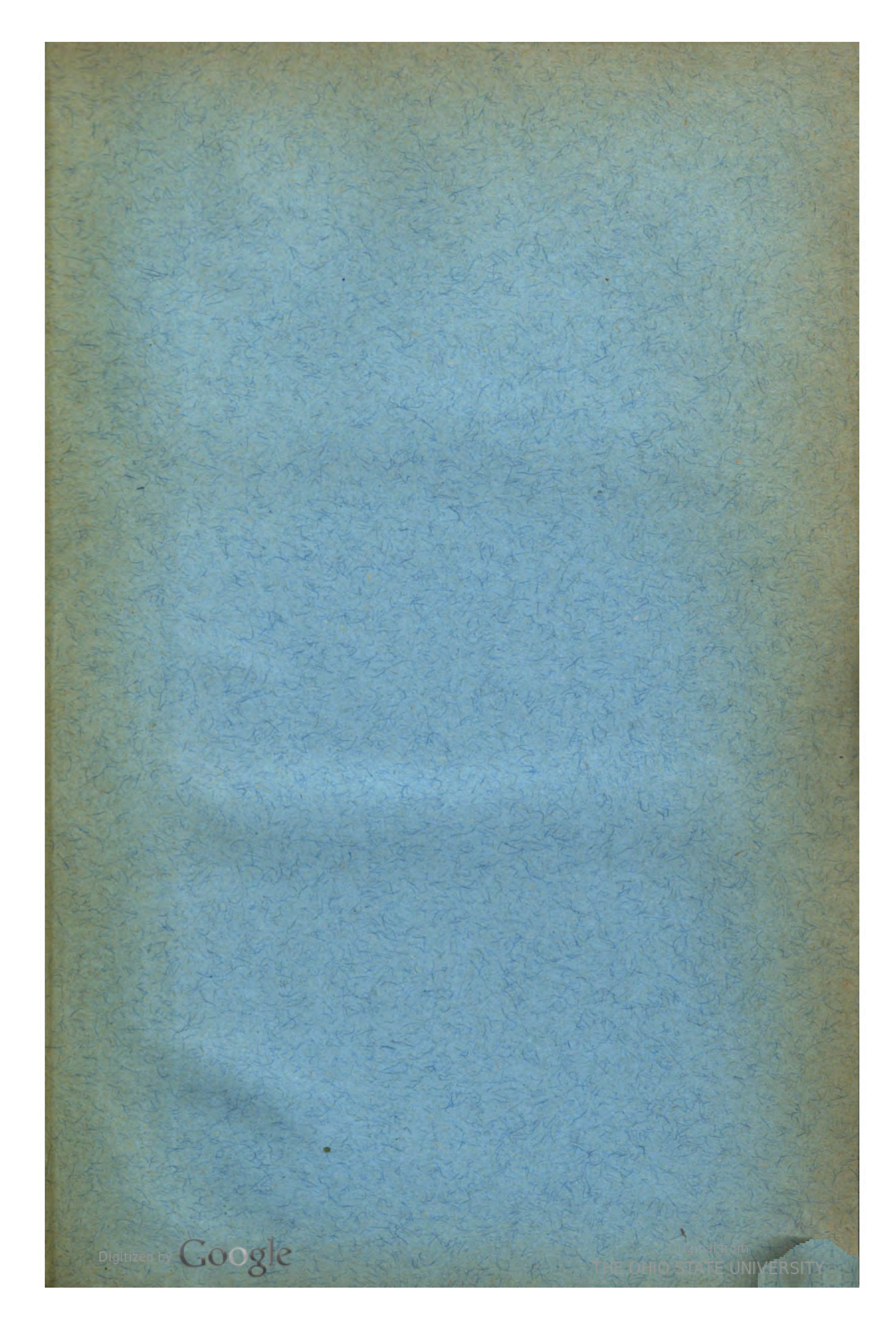


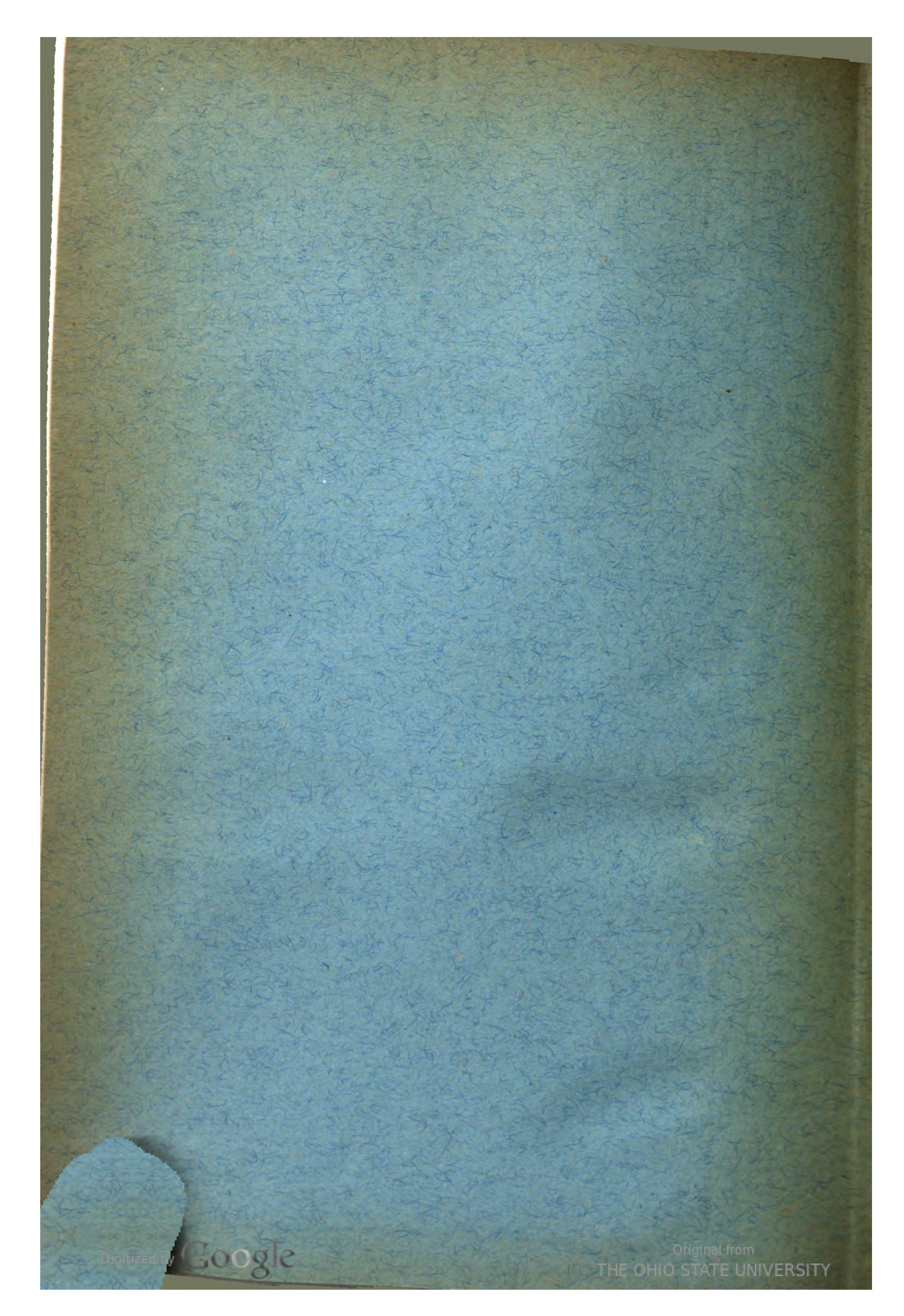
X.

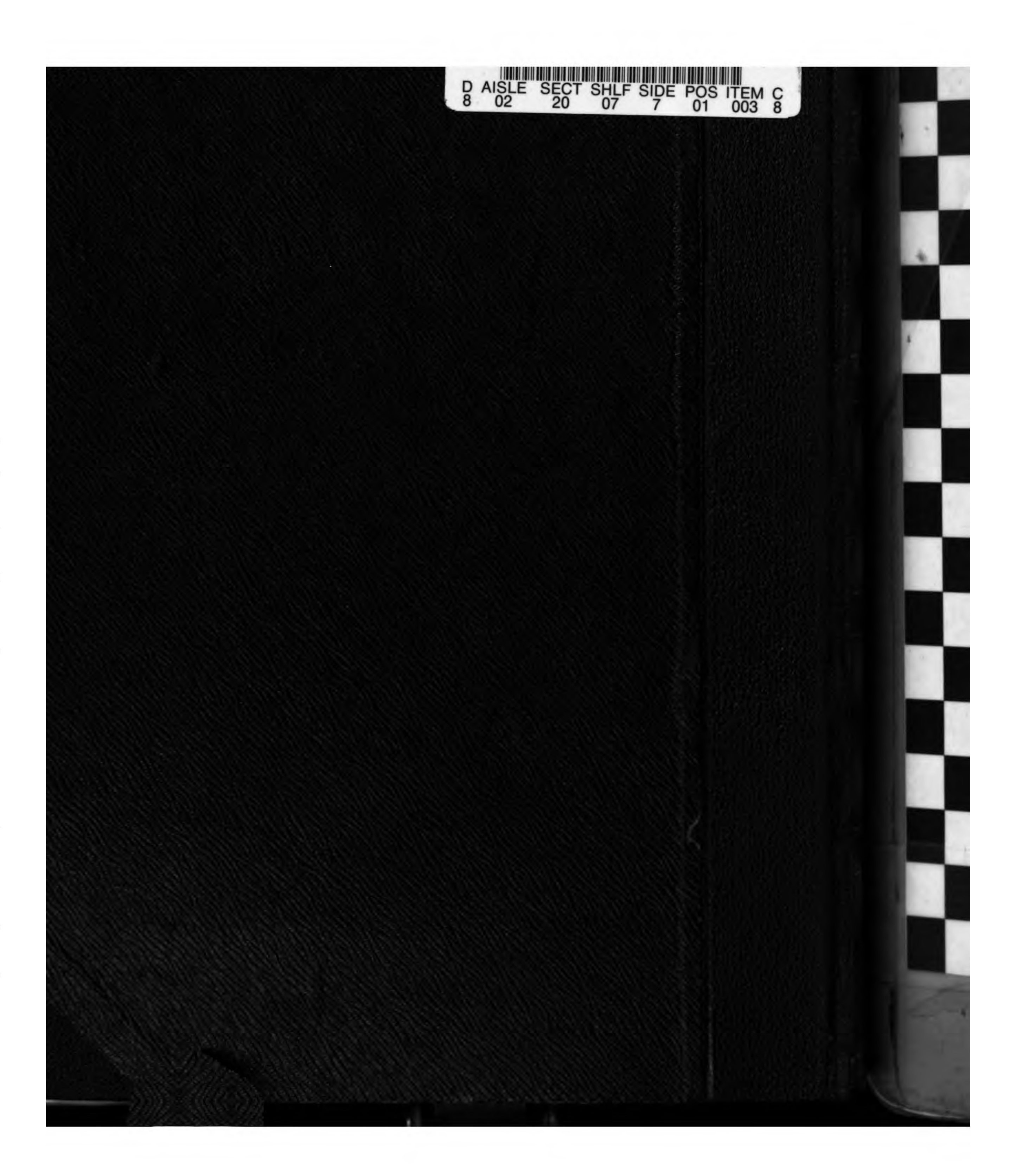
Z.

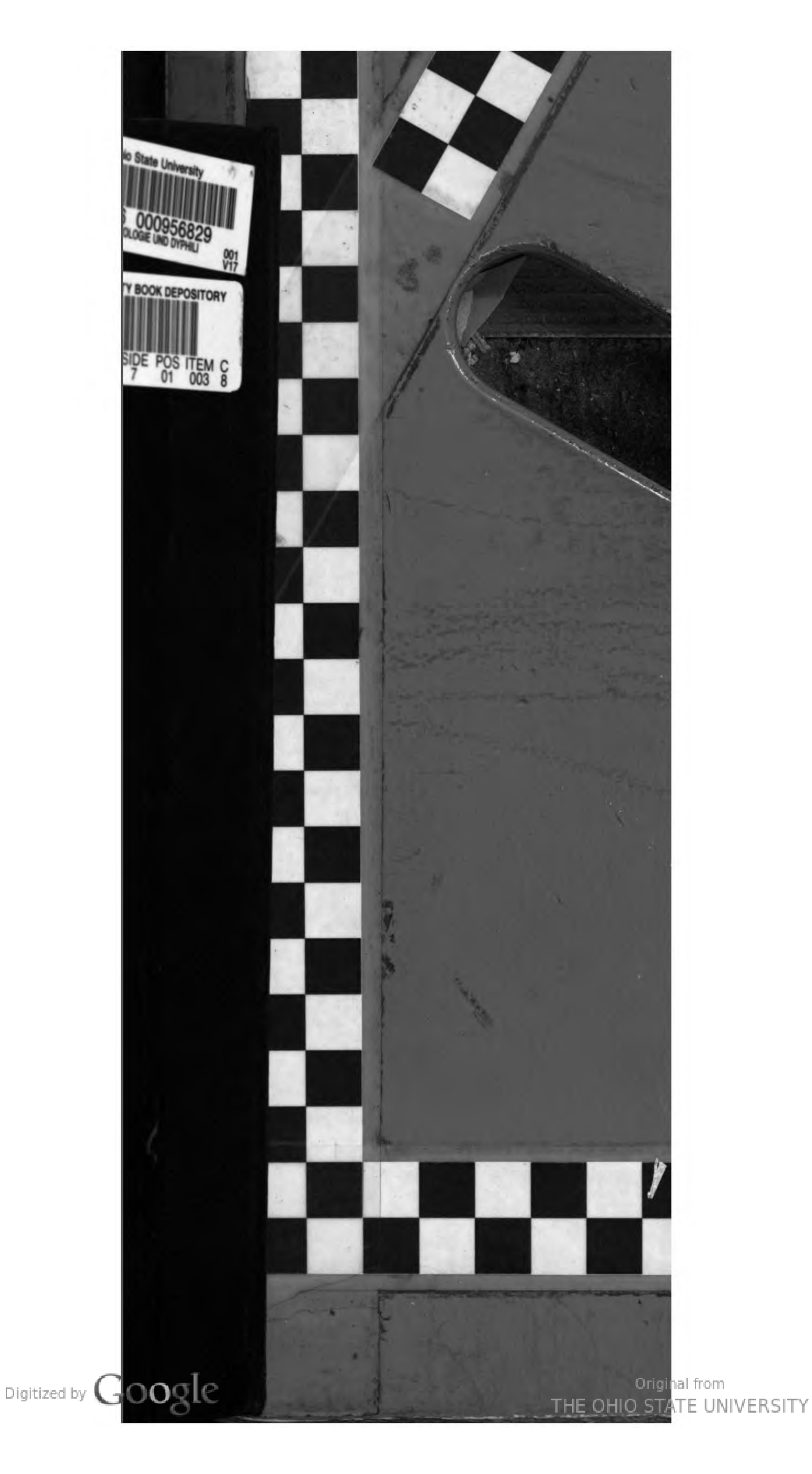
Der Originalaufsatz Schumacher's: Periodische Hämoglobinurie und Syphilis, auf S. 373 dieser Vierteljahresschrift referirt, ist als Sonderabdruck der Verhandlungen des 3. Congresses für innere Medicin, Wiesbaden 1884, erschienen. Die Redaction.

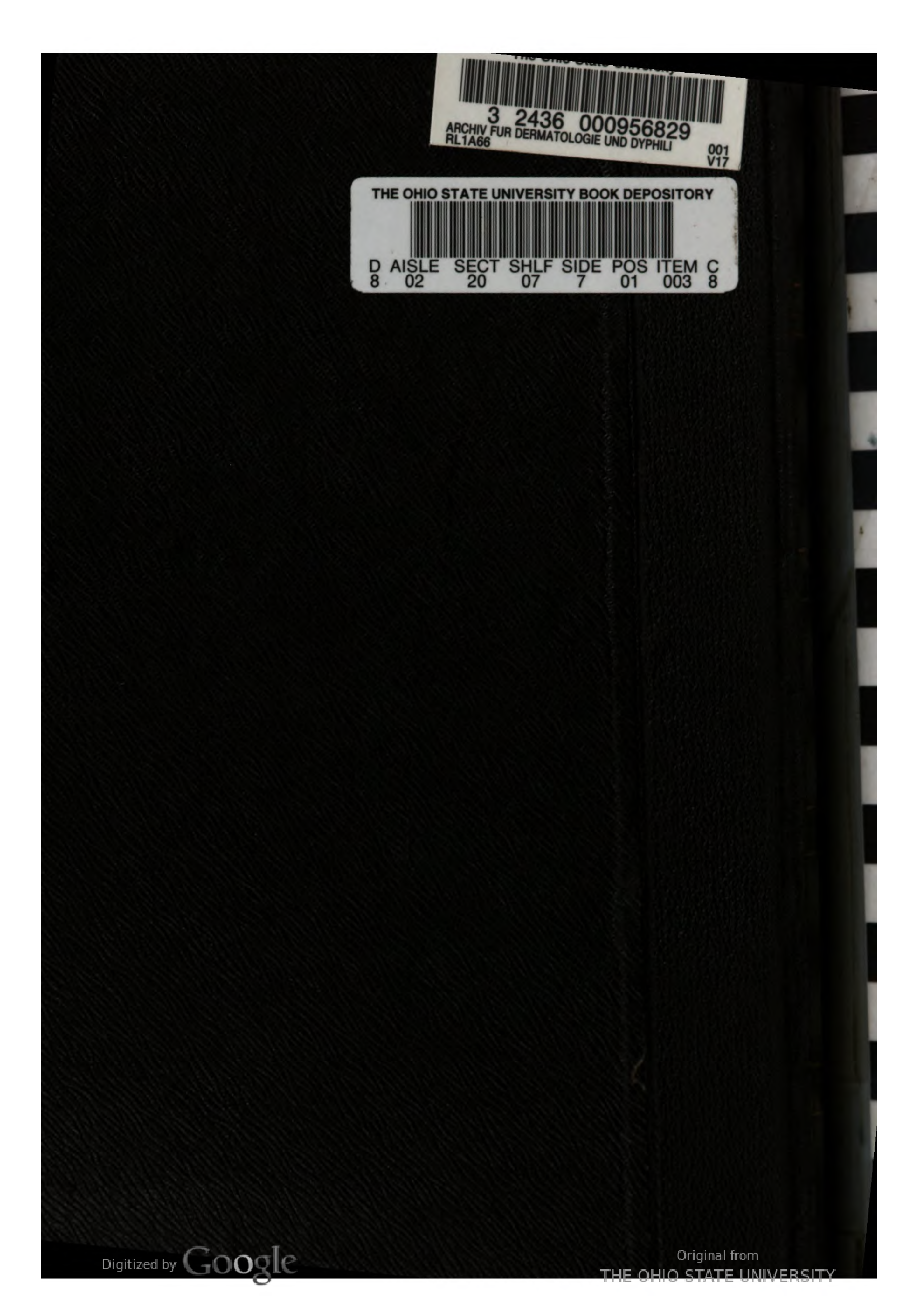







D AISLE SECT SHLF SIDE POS ITEM C
8 02 20 07 7 01 003 8


io State University
6 000956829
OLOGIE UND DYPHILI
001
V17
Y BOOK DEPOSITORY
SIDE POS ITEM C
7 01 003 8



3 2436 000956829
ARCHIV FUR DERMATOLOGIE UND DYPHILI
RL1A66
001
V17
THE OHIO STATE UNIVERSITY BOOK DEPOSITORY
D AISLE SECT SHLF SIDE POS ITEM C
8 02 20 07 7 01 003 8